



ESTADO DE
COAHUILA



ISSREEI
Instituto de Servicios
de Salud, Rehabilitación
y Educación Especial
e Integral

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

Reporte: 1er. Trimestre

Periodo: Enero-Marzo 2024

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 enero a marzo del año 2024.

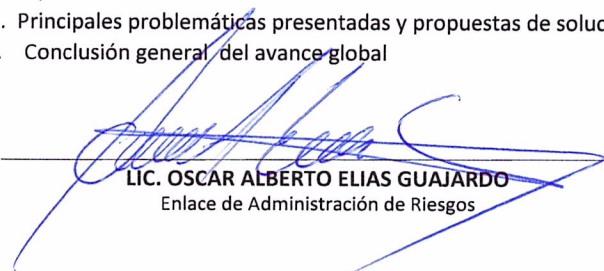
Este documento tiene como finalidad informar a la Dra. Alma Rosa Paredes Ramírez, Directora General del ISSREEI, sobre el avance en el cumplimiento del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, derivado como resultado del análisis del mapa de riesgos realizado por los responsables e integrado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

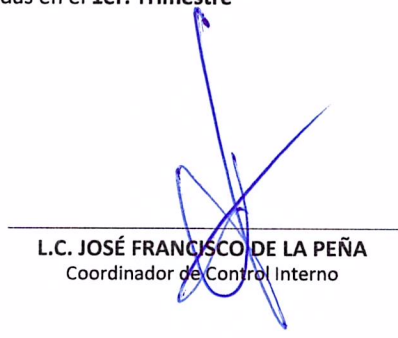
- a) Objetivos Estratégicos
- b) Objetivos Directivos; y
- c) Objetivos Operativos.

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 **1er. Trimestre**
 - a) Concluidas
 - b) No concluidas
- III. Principales problemáticas presentadas y propuestas de solución
- IV. Conclusión general del avance global


LIC. OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO
Enlace de Administración de Riesgos


L.C. JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA
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)	54				54
Acciones Sin avance (Correspondientes al Trimestre)	1				1
Acciones En proceso (Correspondientes al Trimestre)	1				1
Acciones Concluidas (Correspondiente a Trimestres anteriores)	0				0
TOTAL DE ACCIONES DEL PTAR	224	224	224	224	224
% DE AVANCE TRIMESTRAL	96%	0%	0%	100%	Prom 96%
% DE AVANCE ACUMULADO	24%	24%	24%	24%	24%

II. ACCIONES DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (1er. TRIMESTRE)

A) Acciones comprometidas con la implementación del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos concluidas en el 1er. Trimestre:

Riesgo	Factor de Riesgo	No. de acción	Acción Comprometida	Evidencia Soporte	Trimestre de referencia
2024_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 memorandum 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	1er. 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	
2024_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	1er. 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	Por instrucciones de la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas ya no se enviara oficio sino que se subirá todo a QUEJANET con el reporte de quejas y sugerencias e indicador conforme a los Lineamientos Generales de Atención de Quejas y Sugerencias de Usuarios	

2024_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	Se envían Memorandums a las áreas del ISSREEI y a las Unidades Aplicativas requiriéndoles la actualización de los instrumentos de control y de consulta archivísticos conforme a sus atribuciones y funciones	1er. 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 llevo a cabo el evento del día del archivista . Se realizo via zoom una capacitación del sistema automatizado SAGA	
	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 una reunión de todas las áreas para tratar asuntos referentes al archivo, se enviaron los lineamientos generales del archivo a todo el personal del ISSREEI . Se realizaron las reuniones del Grupo Interdisciplinario de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	
2024_4 No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	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	Se realizaron de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del instituto	1er. Trimestre
	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.	Se realizara resumen quincenal de la nomina (Eventual y Extraordinaria) de acuerdo con el tabular y el sistema de nomina.	
	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 Elaboracion de los Manuales de Organización y de Elaboracion de Manuales de Procedimientos, a la fecha, se cuenta con la validacion del MO-ISSREEI y al MP-ISSREE por parte de la SEFIRC, la proxima actualizacion sera en el 2025	

2024_5 No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	Falta de interes 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 proxima actualización sera en el 2025	1er. Trimestre
	Falta de comunicación	5.3	Difusión de la Guías 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.	
2024_6 No mantener en optimas condiciones todo el equipo de computo.	Servicio de Internet abierto para los usuarios de las diferentes areas	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	Servicio de Internet abierto para los usuarios de las diferentes areas	
	Revision de funcionamiento de los No Breaks de los Servidores	6.2	Llenado de checklist de pruebas de funcionamiento de los Nobreak para detectar fallas en las pilas de respaldo de energia	Revision de funcionamiento de los No Breaks de los Servidores	
	servicios de soporte tecnico realizados sin comprobar en las diferentes areas y hospitales	6.3	Hojas de Servicio para enterar al usuario de que la petición de servicio fue atendida	servicios de soporte tecnico realizados sin comprobar en las diferentes areas y hospitales	

2024_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 SIIF 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 SIIF de cuentas por pagar.	1er. 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 SIIF	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	
2024_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 mantiene actualizado Directorio de Directivos y personal con facultades para agilizar los pagos.	SE ADJUNTA DIRECTORIO CONTACTOS SUBROGADOS	1er. 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 ADJUNTA ARCHIVOS DE FACTURACIÓN MENSUAL POR UNIDADES.	
	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.	SE ADJUNTA ACUSES DE OFICIOS ENVIADOS DE FACTURACIÓN SUBROGADOS.	
	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.	SIRVE PARA SU COTEJO LOS ACUSES DE OFICIOS RECIBIDOS POR LAS UNIDADES DE SUBROGADOS.	

2024_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	Se realizará una revisión semestral en cada una de las Unidades Aplicativas a su relación y control de activo fijo e insumos	Con fecha 27 de febrero de 2024 se giran oficios a las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila con la finalidad de instruir al personal para iniciar con el levantamiento y actualización de su inventario de activo fijo	1er. Trimestre
	Homologar los formatos y procedimientos, así como implementar un instructivo de llenado del formato mencionado	9.2	Se solicitará en el primer trimestre a cada una de las Unidades Aplicativas los resguardos correspondientes a su control de activo fijo	Durante el ejercicio 2023 se actualizaron los Procedimientos Específicos de Activo fijo, en los cuales se incluyen los instructivos de llenado de formatos homologados para las diferentes unidades aplicativas, estos procedimientos están vigentes hasta el 15 de marzo de 2025	
	Realizar los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos	9.3	Se realizará el levantamiento y control de activo fijo por parte del ISSREEI a cada una de las Unidades Aplicativas durante el tercer trimestre. Así mismo se realizarán los inventarios de insumos durante el último trimestre.	Con fecha 27 de febrero de 2024 se giran oficios a las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila con la finalidad de instruir al personal para iniciar con el levantamiento y actualización de su inventario de activo fijo	
	Identificar los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades aplicativas en base a los resguardos	9.4	Solicitar la actualización de la relación de bienes muebles y resguardos actualizados a cada una de las Unidades Aplicativas	Con fecha 27 de febrero de 2024 se giran oficios a las unidades aplicativas adscritas al Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila con la finalidad de instruir al personal para iniciar con el levantamiento y actualización de su inventario de activo fijo	

2024_10* No se logre brindar un servicio con calidad y calidez * No se otorga la acreditación y/o certificación del MUEC en las unidades médicas a nuestro cargo y que se registren en el proceso.	No cumplir con la normativa oficial y Básica en salud en cada una de las Unidades Aplicativas.	10.1	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.	Se verifico la existencia de Nom's en cada una de la unidades aplicativas	1er. Trimestre
	No cumplir con los lineamientos marcados en el Modelo Unico de Evaluación a la Calidad -MUEC-	10.2	Realizar las correcciones de acuerdo a la cedula de causas en el CESAME para asegurar la rea acreditación	Inducción via virtual con encuestas a los responsables de calidad de las Unidades	
	No llevar a cabo en forma adecuada los procesos de Consulta Externa en las Unidades Aplicativas	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	se estan evaluando los PNO'S de cada una de las unidades aplicativas	
	No cumplir con los numerales que estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF	10.4	Uso de los manuales específicos de procedimientos en la consulta externa de las unidades	Revisión periódica de expedientes clínicos en las u.aplicativas	
	No garantizar la atención médica a los usuarios en forma eficaz, eficiente y con calidez en los servicios de urgencias de todas las unidades aplicativas a cargo del ISSREEI	10.5	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.	Capitación en diferentes temas de calidad en la atención médica	
2024_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	Contratación de proveedores inscritos en el padrón.	Previo a elaborar solicitudes de cotización, se realiza una consulta en la página web de la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas del Estado de Coahuila de Zaragoza con la finalidad de seleccionar proveedores y/o prestadores de servicios registrados en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal	1er. Trimestre
	Contratación de adquisiciones y/o servicios sin atender la normatividad aplicable.	11.2	Realizar la contratación mediante el procedimiento de adjudicación que señala la normatividad aplicable.	Todo procedimiento de Contratación de adquisiciones y servicios es realizado en apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios para el Estado de Coahuila de Zaragoza	
	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 realizarán durante el primer trimestre los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres para el presente ejercicio	En todo procedimiento se aplica lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios para el Estado de Coahuila de Zaragoza	

2024_12 No realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	Fallas en el sistema SIF	12.1	Notificar de manera inmediata fallas en el SIF	Notificar de manera inmediata fallas en el SIF	1er. Trimestre
	No capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	12.2	Supervisión a las Unidades Aplicativas par verificar la capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	Supervisión a las Unidades Aplicativas par 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	
2024_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	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos	1er. 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	Contratación de personal que reúna el perfil requerido	
	Códigos y/o sueldos de acuerdo al nivel de responsabilidad	13.3	Utilizar el Tabulador de Sueldos vigente y/o aplicable, de acuerdo a las funciones y nivel de responsabilidad.	Utilizar el Tabulador de Sueldos vigente y/o aplicable, de acuerdo a las funciones y nivel de responsabilidad.	
	Desconocimiento de las funciones y grado de responsabilidad	13.4	Llevar a cabo capacitaciones al personal	Llevar a cabo capacitaciones al personal	
2024_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.	Se envían las solicitudes de derechos ARCOP de la Unidades Aplicativas del ISSREEI	1er. 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	Se envía evidencia de memorandums enviados a las áreas indicándoles los días para actualizar las Plataformas (Coahuila Transparente y la Plataforma Nacional	
	Proporcionar información falsa o incompleta, confidencial y/o reservada	14.3	El personal responsable de atender las solicitudes de información, está capacitado y actualizado en la normatividad aplicable en la materia.	Dar cumplimiento de publicar información en Coahuila Transparente y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como contar con un Comité de Transparencia. Actas de las segunda, tercera y cuarta sesión extraordinaria del Comité de Transparencia.	

2023_15 Demanda que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algun mandato de autoridad	falta de practica en en trato digno al paciente y familiares en cada unidad aplicativa	15.1	Se envia oficio de implementacion de bitacora de asuntos medico-legales a los directivos de cada unidad aplicativa para su llenado y actualizacion semanalmente, así mismo en mancuerna con el area medica se verificaron los documentos medico-legales que deberan integrarse en el expediente clinico.	Se programa curso de induccion a personal, así como curso del consentimiento informado, se informara fecha, siendo la propuesta en mayo 2024. Se anexa presentacion.	1er. Trimestre
	falta de implementacion de bitacora de asuntos medico-legales en las Unidades Aplicativas así como el llenado e integracion completa de los documentos medico legales en los expedientes clinicos.	15.2	Se da contestación de manera prioritaria a todos los oficios con termino y emitidos por autoridades jurisdiccionales y/o administrativas.	se recibe bitacora de asuntos medico-legales del CESAME, se remite correo para solicitar a todas las unidades aplicativas su aplicación.	
	falta de actualizacion de permisos, avisos y licencias en las Unidades Aplicativas	15.3	se realizara verificacion de la implementacion de los documentos medico-legales en cada unidad aplicativa mensualmente.	se propone una revision aleatoria en los documentos medico-legales en las unidades aplicativas, programando una visita de seguimiento para el mes de abril 2024, se actualiza conforme a la necesidad del area medica.	
	falta de comunicacion y directorio de autoridades en casos de emergencia o situacion de riesgo	15.4	Se realizará reunion 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 trabaja en la actualizacion del directorio de autoridades esto debido al cambio del ejecutivo, sin embargo se comparte el directorio actual.	
	Desconocimiento de normatividad laboral y medico-legal por parte del personal directivo en las Unidades Aplicativas	15.5	se difundira mensualmente via correo electronico normativa vigente a directivos de las unidades para su comunicacion y conocimiento a todo el personal. Siendo un tema diverso por mes.	Se realiza procedimiento administrativo para sancionar a trabajadores, informando a la unidad aplicativa CESAME la documentacion soporte para expediente laboral., se comunica via correo electronico a las unidades que cualquier situacion laboral hacerla de conocimiento a RH y a la Coordinacion Juridica.	

B) Acciones comprometidas con la implementación del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos **NO concluidas en el 1er. Trimestre** :

Riesgo	Factor de Riesgo	No. de acción	Acción Comprometida	Porcentaje de Avance	Justificación y evidencia de avance	Trimestre de referencia
2024_4 No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	El salario debera ser adecuado al sector salud (rama medica, paramedica a fin y administrativa)	4.1	Se notificara mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR,SEFIN,ASEC) de ser aprobado por el consejo.	50%	Se informó al Consejo Directivo, que se realizará la actualización del tabulador de sueldos propio de este Instituto, será enviado ante las instancias correspondientes para revision y visto bueno.	1er trimestre
2024_11 No llevar a cabo los procedimientos de Adquisiciones de Bienes y contratacion de Servicios en tiempo y forma, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia	No llevar a cabo las reuniones del Subcomite de Adquisiciones	11.4	Se llevar a cabo las reuniones del subcomite de adquisiciones que se requieran.	0%	Se tiene programado para el mes de mayo llevar a cabo la sesion del subcomite de adquisiciones	1er trimestre

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 afecten a los objetivos institucionales.