ESTADO DE COAHUILA

SS Secretaría de Salud

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: *2do. Trimestre*
Periodo: *Abril-Junio 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 Especilizada 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 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 2do. **Trimestre**
   a) Concluidas
   b) No concluídas
III . Principales problemáticas presentadas y propuestas de solución
IV. Conclusión general del avance global

LIC. OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO
Enlace de Administración de Riesgos

C.P. HERIBERTO FLORES MUÑOZ
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	56			110
Acciones Sin avance (Correspondientes al Trimestre)	1	0			1
Acciones En proceso (Correspondientes al Trimestre)	1	0			1
Acciones Concluídas (Correspondiente a Trimestres anteriores)	0				0
TOTAL DE ACCIONES DEL PTAR	224	224	224	224	224
% DE AVANCE TRIMESTRAL	96%	100%	0%	100%	Prom 98%
% DE AVANCE ACUMULADO	24%	49%	49%	49%	49%

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
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 indicandole 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 indicandoles 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	
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, incumplimiendo 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 guia 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 deberan enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido	Las Unidades Aplicativas deberan 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 envía oficio todo se sube a QUEJANTET 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	Instrumentos de Control y de consulta archivisticos 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 solicito la actualización de los archivos a las área del ISSREI, se requiere reubicación del area de archivo de concentración del CEAM, se solicita procedimientos de depuración de archivo clinico del CEAM	
	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 1° reunión Extraordinaria del Grupo Interdisciplinario del ISSREEI, asi como del CESAME, donde se se realizo la segunda parte de la depuraciòn del expediente clinico, la cual fue autorizada por el Grupo Interdisciplinario,enviaron las áreas de ISSREEI la propuesta del destino final de documentación	
2024_4 No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	El salario debera ser adecuado al sector salud (rama medica, paramedica afin y administrativa)	4.1	Una vez actualizado Se notificara mediante oficio a las siguientes dependecias (SEFIR,SEFIN,ASEC) una vez de ser aprobado por el Consejo Directivo.	Una vez actualizado Se notificara mediante oficio a las siguientes dependecias (SEFIR,SEFIN,ASEC) una vez de ser aprobado por el Consejo Directivo.	2do. Trimestre
	Los codigos deben estar de acuerdo con la estructura organzacional	4.2	Se realizaran de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del instituto	Se realizaran de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del instituto	
	Concidan tabulador con sistema de nomina	4.3	Se realizara resumen quincenal de la nomina (Eventual y Extraodinaria) de acuerdo con el tabulador y el sistema de nomina.	Se realizara resumen quincenal de la nomina (Eventual y Extraodinaria) de acuerdo con el tabulador y el sistema de nomina.	

2024_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 Guias 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	2do. Trimestre
	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, asi como la importancia de contar con manuales y procedimientos.	Respecto a las areas sustantivas del Instituto, se cuenta con los Procedimientos Especificos elaborados, actualizados y validados por la SEFIRC. la proxima actualizacion sera en el 2025	
	Falta de comunicación	5.3	Difusión de la Guias para elaboracion 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 difusion de las Guias para elaboracion 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 asesorias.	Se llevan a cabo la actualizacion del personal por medio de cursos presenciales o en línea, asi mismo, se solicita apoyo a los gestores de calidad para asesorias.	
	Falta de difusión de la normatividad, manuales, politicas, etc.	5.5	Realizar evaluaciones de manera periodica 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 autoevaluacion de control interno, asi como la encuesta de etica 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	Mantener el monitoreo de los equipos de red y realizar bloqueos constantemente de sitios web que no sean necesarios para la operación del personal	
	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	Llenado de checklist de pruebas de funcionamiento de los Nobreak para detectar fallas en las pilas de respaldo de energia	
	servicios de soporte tecnico realizados sin comprobar en las diferentes areas y hospitales	6.3	Hojas de Servicio para enterar al ususario de que la peticion de servicio fue atendida	Hojas de Servicio para enterar al ususario de que la peticion de servicio fue atendida	

2024_7 Deficiencia en la captura de informacion 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.	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 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 recuperacion del pago de facturacion generada por los servicios Subrogados	Dificultad de comunicación con los departamentos involucrados para agilizar el pago de facturacion 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	2do. Trimestre
	Control de facturacion y soporte de facturacion para tener identificados los adeudos y su optimo manejo.	8.2	Se elaboran carpetas de control de facturacion	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 envia para su cobro Facturacion incompleta o con errores, lo cual retrasa su pago por no cumplir con los requerimientos de la Institucion Subrogada.	8.4	Se efectua revision de la facturacion 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 22 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. A la fecha las unidades aplicativas Hospital del Niño y Centro Estatal del Adulto Mayor no han concluido con el levantamiento y actualización.	2do. 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 fotmatos 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 ultimo trimestre.	Con fecha 22 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. A la fecha las unidades Hospital del Niño y Centro Estatal del Adulto Mayor no han concluido con el levantamiento y actualización. Con fecha 27 de junio se giran oficios de instrucción a las unidades aplicativas adscritas al ISSREEI para realizar inventarios de insumos con corte al 30 de junio.	
	Identificar los bienes muebles en cada una de las areas 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 22 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. A la fecha las unidades aplicativas Hospital del Niño y Centro Estatal del Adulto Mayor no han concluido con el levantamiento y actualización.	

2024_10* No se logre brindar un servicio con calidad y calidez * No se otorge la acreditacion y/o certificacion del MUEC en las unidades médicas a nuestro cargo y que se registren en el proceso.	No cumplir con la normativa oficial y Basica en salud en cada una de las Unidades Aplicativas.	10.1	Uso adecuado de las G.P.C de las prinicpales patologias vistas en la consulta externa.	Se solicitaron los PNO'S con vinculaciòn de las MISP a cada una de las unidades via oficio -se anexan copias de acuse	2do. Trimestre
	No cumplir con los lineamientos marcados en el Modelo Unico de Evaluacion a la Calidad -MUEC-	10.2	Realizar las correciones de a cuerdo a la cedula de causes en el CESAME para asgurar la rea acreditación	Seguimos con la capcitaciond elas fases y etapas del MUEC en las Unidades aplictarivas	
	No llevar a cabo en forma adecuada los procesos de Consulta Externa en las Unidades Aplicativas	10.3	Realizar la sueprvision, evaluacion y correcion 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 solicitò evidencia de forrmatos actualziados de hoja diaria y se instruyo a medicos para su crrecto llenado via oficio.	
	No cumplir con los numerales que estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF	10.4	Uso de los manuales especificos de procedimientos en la consulta externa de las unidades	Revision frecuente de expendientes clinicos de acuerdo a la NOM004 - informacion de su estructiura y contenido	
	No garantizar la atención medica a los usuarios en forma eficaz , eficente 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 prinicpales patologias vistas en la consulta externa.	Se implemento el programa de "Vamos Juntos" con instrucciones de la SS.	
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	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	2do. Trimestre
	Contratacion 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 adquisicion 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	
	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.	Con fecha 09 de mayo se lleva a cabo sesión del comité de adquisiciones y contratación de servicios del Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila.	

2024_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 a la instancia correspondiente posibles fallas del sistema SIIF.	2do. Trimestre
	No capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	12.2	Supervision a las Unidades Aplicativas par verificar la capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	Supervision 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 integracion 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.	2do. Trimestre
	Contratacion de personal sin reunir el perfil, nivel de estudios y experiencia que se requiere para el puesto	13.2	Contratacion de personal que reuna el perfil requerido	Contratacion de personal que reuna el perfil requerido.	
	Codigos 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, aplicar encuestas del clima organizacional	
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 envian las solicitudes de derechos ARCOP de la Unidades Aplicativas del ISSREEI se actualizaron los avisos de privacidad	2do. Trimestre
	No cumplir con los tiempos que determina la normatividad	14.2	Se monitorea diariamente las plataformas donde se reciben las solicitudes de informacion para que inmediatamente se turne al area correspondiente para su atencion	Se envía evidencia de memorandums enviados a las áreas indicandoles los días para actualizar las Plataformas (Coahuila Transparente y la Plataforma Nacional	
	Proporcionar informacion falsa o incompleta, confidencial y/o reservada	14.3	El personal responsable de atender las solicitudes de informacion, esta 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. Acta de la segunda sesión Ordinaria del Comité de Transparencia, evidencias de la publicación del avance de gestion y cuenta publica	

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 apicativa	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, asi mismo en mancuerna con el area medica se verificaron los documentos medico-legales que deberan integrarce en el expediente clinico.	Se implemento capacitacion en la mejora institucional de trato digno al paciente en la unidad aplicativa cesame y ceam, se enviara enlace de capacitaciones en trato digno al paciente.	2do. Trimestre
	falta de implementacion de bitacora de asuntos medico-legales en las Unidades Aplicativas asi 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 reviso y actualizo bitacora de asuntos medico-legales del CESAME, donde se detectaron inconsistencias y se procedio a modificar, asi mismo se solicito a las unidas aplicativas que sea enviada de manera digital.	
	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 trabajo en la actualizacion de permisos, avisos y licencias del hospital materno infantil, por lo que se encuentran en tramite, posterior a ello se llevo a cabo una reunion de calidad para verificar estos rubros, resaltando falta de aviso, licencia de farmacia de HPP, y aviso de cocina, se programa reunion para realizar dichos tramites.	
	falta de comunicación 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 retroalimenta a las unidades aplicativas sobre el directorio para que en todo momento se encuentre actualizado.	
	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 comunicación y conocimiento a todo el personal. Siendo un tema diverso por mes.	se realizo capacitacion en el consentimiento informado como parte vital de los expedientes clinicos y los tipos de ingresos hospitalarios.	

B) Acciones comprometidas con la implementación del Programa de Trabajo deAdministración 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 asi como los factores que lo generan en cada área o proceso sustantivo, falta de conocimiento del personal para la elaboración, actualizacion y en su caso el seguimiento y monitoreo de la MARI.

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

IV.CONCLUSIÓN GENERAL DEL AVANCE GLOBAL:

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