



**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: 4to. Trimestre

Periodo: OCTUBRE-DICIEMBRE 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 Octubre a Diciembre 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 **4to. 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


C.P. HERIBERTO FLORES MUÑOZ
Coordinador de Control Interno

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

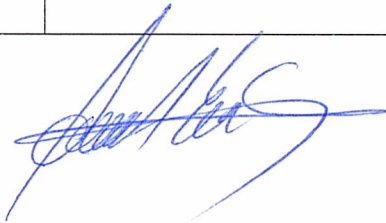
	TRIMESTRES				RESULTADO ACUMULADO
	I	II	III	IV	
Acciones Programadas en el Trimestre	56	56	56	56	224
Acciones Concluidas (Correspondientes al Trimestre)	54	56	56	56	222
Acciones Sin avance (Correspondientes al Trimestre)	1	0	0	0	1
Acciones En proceso (Correspondientes al Trimestre)	1	0	0	0	1
Acciones Concluidas (Correspondiente a Trimestres anteriores)	0				0
TOTAL DE ACCIONES DEL PTAR	224	224	224	224	224
% DE AVANCE TRIMESTRAL	96%	100%	100%	100%	Prom 98%
% DE AVANCE ACUMULADO	24%	49%	74%	99%	99%

II. ACCIONES DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (4to. TRIMESTRE)

A) Acciones comprometidas con la implementación del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos concluidas en el 4to. 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	4to. 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	4to. 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 envía oficio todo se sube 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	Instrumentos de Control y de consulta archivísticos conforme a sus atribuciones y funciones	4to. 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 el procedimiento para la depuración del expediente clínico al CEAM, se llevo a cabo la caravana archivística, se envió la ley general de archivos para conocimiento de las Unidades del ISSREEI	
	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 1ª reunión Ordinaria y la 3ª Reunión Extraordinaria del Grupo Interdisciplinario del ISSREEI, así como del CEAM HPP y del Hospital del Niño, donde se realizo la depuración del expediente clínico, 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 dependencias (SEFIR,SEFIN,ASEC) una vez de ser aprobado por el Consejo Directivo.	Solicitar a las áreas los informes de gestión requeridos y de manera permanente y poder determinar adecuadamente las decisiones	4to. 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	




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 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-ISSREEI y al MP-ISSREE por parte de la SEFIRC, la próxima actualización será en el 2025	4to. 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 el 2025	
	Falta de comunicación	5.3	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 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 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	
	Revisión 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 energía	Llenado de checklist de pruebas de funcionamiento de los Nobreak para detectar fallas en las pilas de respaldo de energía	
	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	

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.	4to. 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	4to. 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 ENVIADOS DE LOS SERVICIOS DE SUBROGADOS FACTURADOS A LAS INSTITUCIONES	

<p>2024_9 No llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos específicos establecidos</p>	<p>Que el personal de cada unidad aplicativa conserve actualizado su levantamiento y control de activo fijo e insumos</p>	9.1	<p>Se realizará una revisión semestral en cada una de las Unidades Aplicativas a su relación y control de activo fijo e insumos</p>	<p>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.</p>	<p>4to. Trimestre</p>
	<p>Homologar los formatos y procedimientos, así como implementar un instructivo de llenado del formato mencionado</p>	9.2	<p>Se solicitará en el primer trimestre a cada una de las Unidades Aplicativas los resguardos correspondientes a su control de activo fijo</p>	<p>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</p>	
	<p>Realizar los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos</p>	9.3	<p>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.</p>	<p>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.</p>	
	<p>Identificar los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades aplicativas en base a los resguardos</p>	9.4	<p>Solicitar la actualización de la relación de bienes muebles y resguardos actualizados a cada una de las Unidades Aplicativas</p>	<p>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.</p>	

2024_10* No se logre brindar un servicio con calidad y calidez * No se otorge 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.	seguimos en revisión e implementación de los Manuales de Procedimientos Normatizados de Operación - PNO'S	4to. Trimestre
	No cumplir con los lineamientos marcados en el Modelo Único de Evaluación a la Calidad -MUEC-	10.2	Realizar las correcciones de acuerdo a la cedula de causas en el CESAME para asegurar la re acreditación	Se realizarón acciones de las 5 'S enfocadas a proceso de calidad en la atención. Se programa correr MECIC en octubre	
	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 solicitó llevar a cabo el correcto llenado del hoja diaria y formato SINBA en 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	Se corrió la herramienta MECIC para retroalimentación de correcto llenado de expedientes clínicos	
	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.	Se implementaron cursos 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	4to. 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	Durante el tercer trimestre del ejercicio 2024 se llevaron a cabo los procedimientos de licitación pública e invitación a cuando menos tres personas para la atención de las necesidades de las unidades aplicativas adscritas al ISSREEI.	
	No llevar a cabo las reuniones del Subcomité de Adquisiciones	11.4	Se llevar a cabo las reuniones del subcomité 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.	4to. Trimestre
	No capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	12.2	Supervisión a las Unidades Aplicativas para verificar la captura en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	Supervisión a las Unidades Aplicativas para verificar la captura 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.	4to. 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, 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 envían las solicitudes de derechos ARCO de la Unidades Aplicativas del ISSREEI se actualizaron los avisos de privacidad	4to. 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. Acta de la segunda sesión Ordinaria del Comité de Transparencia, evidencias de la publicación del avance de gestión y cuenta pública	

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, asi mismo en mancuerna con el area medica se verificaron los documentos medico-legales que deberan integrarse en el expediente clinico.	Se propone retroalimentacion por areas en las unidades aplicativas, asi mismo se reenvia documentos medico-legales a las diversas unidades aplicativas.	4to. 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 recibi bitacora de asuntos medico-legales del CESAME, con la finalidad de revisar los puntos y retroalimentar a las unidades para su correcto llenado.	
	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 poder especial para la jefatura de atencion medica y enseñanza para actualizar los permisos, avisos y licencias de la unidad aplicativas, en tre los cuales se encuentra aviso de funcionamiento cocina HPP y respkable sanitario HMI.	
	falta de comunicaci3n 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 realizaron visitas en las unidades CESAME y HN por la tarde noche para visualiza los canales de atencion ante una eventualidad.	
	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 comunicaci3n y conocimiento a todo el personal. Siendo un tema diverso por mes.	se reprograma reunion respecto a temas laborales con personal directivo de cada unidad aplicativa, considerando a mediados de noviembre dicha reunion de trabajo.	

B) Acciones comprometidas con la implementaci3n del Programa de Trabajo deAdministraci3n de Riesgos **NO concluidas** en el **4to. Trimestre** :

Riesgo	Factor de Riesgo	No. de acci3n	Acci3n Comprometida	Porcentaje de Avance	Justificaci3n y evidencia de avance	Trimestre de referencia
NINGUNA						

III. PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS PRESENTADAS Y PROPUESTAS DE SOLUCI3N:

Identificar los riesgos asi como los factores que lo generan en cada área o proceso sustantivo, falta de conocimiento del personal para la elaboraci3n, actualizacion y en su caso el seguimiento y monitoreo de la MARI.

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

IV. CONCLUSI3N 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 Matriz de Riesgos, adicionalmente se sigue trabajando en la identificaci3n de otros riesgos en los procesos que afecten a los objetivos institucionales.