



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 2025

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 2025.

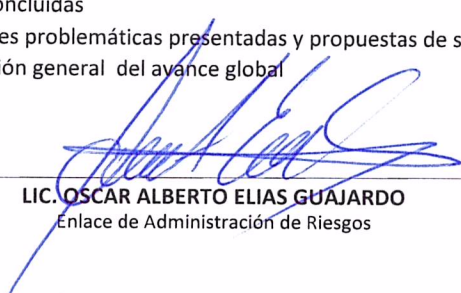
Este documento tiene como finalidad informar a la Dra. Alma Rosa Paredes Ramírez, Directora General del ISSREEI, sobre el avance en el cumplimiento del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, derivado como resultado del análisis del mapa de riesgos realizado por los responsables e integrado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

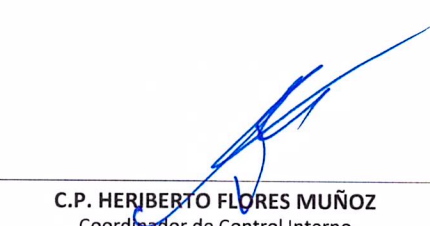
- a) Objetivos Estratégicos
- b) Objetivos Directivos; y
- c) Objetivos Operativos.

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


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)	56				56
Acciones Sin avance (Correspondientes al Trimestre)	0				0
Acciones En proceso (Correspondientes al Trimestre)	0				0
Acciones Concluidas (Correspondiente a Trimestres anteriores)	0				0
TOTAL DE ACCIONES DEL PTAR	224				
% DE AVANCE TRIMESTRAL	100%	0%	0%	0%	Prom 25%
% DE AVANCE ACUMULADO	25%	# DIV/0 	# DIV/0 	# DIV/0 	# DIV/0

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
2025_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	
2025_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 subira 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	

2025_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 capacito a la persona que esta encargada del archivo en el 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 primer reunión del Grupo Interdisciplinario del ISSREEI en la cual se indico elproceso de depuración del CEAM y del Hospital del Niño, así como de las áreas administrativas del ISSREEI . Se realizaron las reuniones del Grupo Interdisciplinario de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	
2025_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	1er. 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	

2025_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.	Determinar y elaborar los procedimientos sustantivos por cada una de las áreas. Que las Unidades Aplicativas cuenten con sus Manuales de Organización.	1er. 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, así como la importancia de contar con manuales y procedimientos.	Difusión a toda la organización de los planes y programas, así como la importancia de contar con manuales y procedimientos.	
	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. Utilización del Sistema Estatal de Administración Documental.	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. Utilización del Sistema Estatal de Administración Documental.	
	Falta de asesoría y/o capacitación	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.	Promover que el personal se actualice por medio de cursos presenciales o en línea, solicitar apoyo a los gestores de calidad para asesorías.	
	Falta de supervisión	5.5	Realizar supervisiones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.	Realizar supervisiones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.	
2025_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	

2025_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.	Continuamente se les da retroalimentación a las unidades para el correcto registro, y la documentación para cada solicitud evitando duplicidad de información.	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 registran facturas de CXP al recibir mercancía y factura en la unidad.	
	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	Se revisa el expediente, cuando lo recibimos de parte de la unidad para que la documentación soporte y el registro aya quedado correctamente, de no ser así se le regresa a la unidad para corregir u añadir la documentación al registro.	
2025_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 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	Seguimiento a los departamentos responsables por medio de visitas personales, llamadas telefónicas, envío de correo electrónico y mediante oficios.	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.	

2025_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 applicativa 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	Durante el ejercicio 2024 se giraron oficios a las unidades applicativas 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 e insumos, mismos que fueron realizados. Derivado del decreto por el que se extingue el Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, de fecha 21 de febrero de 2025 se encuentra pendiente la instrucción a las Unidades Aplicativas del inicio del levantamiento y control de activo fijo e insumos.	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 applicativas, 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.	Durante el ejercicio 2024 se giraron oficios a las unidades applicativas 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 e insumos, mismos que fueron realizados. Derivado del decreto por el que se extingue el Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, de fecha 21 de febrero de 2025 se encuentra pendiente la instrucción a las Unidades Aplicativas del inicio del levantamiento y control de activo fijo e insumos.	
	Identificar los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades applicativas 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	Durante el ejercicio 2024 se giraron 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 e insumos, mismos que fueron realizados. Derivado del decreto por el que se extingue el Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, de fecha 21 de febrero de 2025 se encuentra pendiente la instrucción a las Unidades Aplicativas del inicio de la identificación de los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades en base a los resguardos.	

<p>2025_10</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se logre brindar un servicio con calidad y calidez * No se garantiza una atención médica continua basada en el surtimiento adecuado de insumos para la salud. * No se garantizarla una atención adecuada basada en orden y limpieza. * No habria seguridad en la atención de los usuarios si no se llevaran a cabo las acciones esenciales de seguridad del paciente. 	<p>No cumplir con las demandas de medicamentos y demas insumos para la salud que se necesitan para otorgar un servicio de calidad en las Unidades Aplicativas a cargo del Instituto</p>	10.1	<p>Mantener las farmacias de la unidades aplicativas con surtimiento adecuado a su necesidades, mejorando el proceso de la atencion medica en consulta externa y hospitalización.</p>	<p>Solicitar la información de material de curación y medicamento enviada a las unidades aplicativas.</p>	1er. Trimestre
	<p>No cumplir con los lineamientos marcados en la normativa de todos los comités hospitalarios</p>	10.2	<p>Supervisar, evaluar y en su caso implementar cada uno de los comites hospitalarios .</p>	<p>Se revisaron los comites hospitalarios , en cuanto a su conformacion, y cumplimiento del calendario de sesiones para el presente ciclo.</p>	
	<p>No apegarse al Modelo de las 5 `s para mejorar la imagen institucional y asi brindar una atención médica de calidad.</p>	10.3	<p>Utilizar las herramientas de gestión, enfocadas en mejorar la productividad y la calidad atención médica basandose en los 5 principios: Seiri (clasificación), Seiton (orden), Seiso (limpieza), Seiketsu (estandarización) y Shitsuke (disciplina).</p>	<p>IMPLEMENTACION 1'S Clasificar: 1. Definir criterios sobre lo necesario e innecesario en cada area y proceder a separar 2. Disponer lo innecesario al almacen temporal indicando la acción a tomar (tirar, vender, donar, reparar, etc) (LISTADO)IMPLEMENTACION 2'S Ordenar: 1. Acomodar las cosas necesarias (seguridad, calidad, eficacia) 2. Organizar de acuerdo a criterios de areas y frecuencia de uso. 3. Colocar letreros, etiquetas, lineas, codificacion por colores Mediante la herramienta diseñada para la evaluación de dicha metodología.</p>	
	<p>No cumplir con los numerales que estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 , del expediente clínico</p>	10.4	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF</p>	<p>Correr la herramienta MECIC en cada una de las Unidades Aplicativas</p>	
	<p>No aplicar las acciones esenciales de seguridad del paciente en los procesos de atención médica a cada uno de los usuarios de manera eficaz, eficiente y con calidad en todas las áreas hospitalarias de cada una de las unidades aplicativas a cargo del Instituto.</p>	10.5	<p>No aplicar las acciones esenciales de seguridad del paciente en los procesos de atención médica a cada uno de los usuarios en forma eficaz , eficiente y con calidad en todas las areas hospitalarias de cada una de las unidades aplicativas a cargo del ISSREEI.</p>	<p>Acudir a las Unidades para vigilar, verificar o evaluar pro medio de bitacoras y formularios el cumplimiento de los lineamientos de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente</p>	
	<p>2025_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</p>	<p>Realizar contrataciones con proveedores no registrados en el padrón de proveedores del Gobierno del Estado</p>	11.1	<p>Contratación de proveedores inscritos en el padrón.</p>	
<p>Contratación de adquisiciones y/o servicios sin atender la normatividad aplicable.</p>		11.2	<p>Realizar la contratación mediante el procedimiento de adjudicación que señala la normatividad aplicable.</p>	<p>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</p>	
<p>Aplicar de manera incorrecta los procedimientos de licitación pública, invitación a cuando menos tres o en su caso adquisicion directa de bienes o servicios</p>		11.3	<p>Se realizarán durante el primer trimestre los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres para el presente ejercicio</p>	<p>Derivado del decreto por el que se extingue el Instituto de servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, de fecha 21 de febrero de 2025, no se llevaron a cabo procedimientos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres personas.</p>	

	No llevar a cabo las reuniones del Subcomité de Adquisiciones	11.4	Se realizara durante el primer trimestre la reestructuración del subcomité de adquisiciones del ISSREEI y llevar a cabo las reuniones que se requieran.	Derivado del decreto por el que se extingue el Instituto de servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila, de fecha 21 de febrero de 2025, no se llevaron a cabo reuniones del subcomité de adquisiciones.	
2025_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	Al detectar algun error, se levanta el ticket en la pagina de ASEC, para la pronta respuesta de las falas en cuestion.	1er. 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.	Por parte de las areas de ingrso y egresos, se lleva la comunicacion diaria con las unidades para que lleven el registro al dia y evitar atrasos al momento de los cierres mensuales.	
	Errores u omisiones en los registros contables	12.3	Monitoreo frecuente en el sistema contable para detectar errores u omisiones	Se revisan los auxiliares y edos contables para detectar errores en los registros. Una vez detectados se avisa al usuario que realizo el registro para que cancele y registre correctamente la poliza afectada.	
	Deficiente integracion del soporte documental	12.4	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza	Se lleva un control en ingresos y egresos de la documentacion que debe contener cada poliza cuando llega de parte de las unidades para poder aceptarla.	
2025_13 Omision de los procedimientos y normativa a la seleccion de personal.	No cumplir con los procedimientos para la seleccion de personal.	13.1	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos.	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos	1er. 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.	Actualizar el Tabulador de Sueldos y aplicarlo 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, aplicar encuestas del clima organizacional	Llevar a cabo capacitaciones al personal	
2025_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	1er. 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 envia evidencia de memorandums enviados a las áreas indicandoles los dias 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 informacion en Coahuila Transparente y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como contar con un Comité de Transparencia. Acta de la primera sesion de Transparencia	

2025_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 realizaron los oficios de invitacion a cursos en derechos humanos, sin embargo por el proceso de extincion se encuentra suspendido.	1er. 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 recibe bitacora de asuntos medicos legales del centro estatal de salud mental, se sugiere seguir llevando a cabo, sin embargo se va acatar lo establecido en el decreto de extincion del ISSREEI	
	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 encontraba en tramite el poder especial para el dr. alfredo alcalá de labra, jefe de atencion medica con la finalidad de realizar las actualizaciones, cambios y modificaciones a los avisos toda vez que dicho tramite se realiza en DIGEPRIS	
	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 recibe bitacora de asuntos medicos legales del centro estatal de salud mental, se sugiere seguir llevando a cabo, sin embargo se va acatar lo establecido en el decreto de extincion del ISSREEI	
	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 envia decreto de extincion de ISSSREEI con fecha 21 de febrero de 2025	

B) Acciones comprometidas con la implementaci3n del Programa de Trabajo de Administraci3n de Riesgos **NO concluidas** en el **1er. Trimestre** :

Riesgo	Factor de Riesgo	No. de acci3n	Acci3n Comprometida	Porcentaje de Avance	Justificaci3n y evidencia de avance	Trimestre de referencia
EN SEGUIMIENTO AL DECRETO DE EXTINCI3N DE ESTE INSTITUTO, ALGUNAS DE LAS ACCIONES SE ENCUENTRAN DE MANERA PARCIAL Y/O SIN LA EVIDENCIA CORRESPONDIENTE						

III. PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS PRESENTADAS Y PROPUESTAS DE SOLUCI3N:

EN PROCESO DEL DECRETO DE EXTINCI3N DE ESTE INSTITUTO

IV. CONCLUSI3N GENERAL DEL AVANCE GLOBAL:

EN PROCESO DEL DECRETO DE EXTINCI3N DE ESTE INSTITUTO