SFP
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria

"Bicentenario 2010"

Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)

Primera Sesión Ordinaria 2017

14 de Febrero del 2017.

I.- Lista de Asistencia

Dr. Vicente Enrique Flores Rodríguez Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	**Presidente**
CP Jorge Erasmo Reyna Acevedo Titular del Órgano Interno de Control en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	**Vocal Ejecutivo**
Dr. Manuel de la Llata Romero. Director General de Hospitales de Alta Especialidad Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.	**Vocal** **Secretaria de Salud**
C.P. José Rafael Cuellar Romero Director de Administración y Finanzas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	**Invitado Permanente y Coordinador Ctrl.Int.**
Lic. José Luis Magaña Huerta. Director de Control y Seguimiento de la Unidad de Control de la Gestión Pública de la Secretaria de la Función Pública.	**Invitado**
Lic. Arturo TsukasaWatanabeMatsuo Delegado Especial y Comisario Público Propietario Sector Salud, Trabajo y Seguridad Social de la Secretaria de la Función Pública	**Invitado**
Lic. Alberto Antonio Mares Chalela Sub Delegado Especial y Comisario Público Suplente Sector Salud, Trabajo y Seguridad Social de laSecretaría de la Función Pública	**Invitado**
Dr. Héctor Zamarripa Gutiérrez Director Médico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	**Invitado**
Dr. Domingo Vargas González. Director de Planeación, Enseñanza e Investigacióndel Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	**Invitado**
Dr. Julián Alejandro Caraveo Real Director de Operacionesdel Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	**Invitado**

II.- Orden del Día

I. Declaración de Quórum Legal e Inicio de la Sesión.

II. Aprobación del Orden del Día.

III. Ratificación del acta de la sesión anterior.

IV. Seguimiento de Acuerdos del Comité.

V. Cédula de problemáticas o situaciones crítica.

VI. Presentación del Reporte Anual del Análisis del Desempeño de la dependencia y/o de los órganos administrativos desconcentrados que elabora el Delegado

VII. Seguimiento de Desempeño Institucional.

a) Programas Presupuestarios.-

b) Proyectos de Inversión Pública.-

c) Pasivos contingentes.-

d) Plan Institucional de Tecnologías de la Información.

VIII. Programas con Padrones de Beneficiarios. (No aplica).

IX. Seguimiento al Informe Anual de actividades del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés

X. Seguimiento al establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional:

a**)** Informe Anual, PTCI e Informe de Resultados del Titular del Órgano Fiscalizador derivado de la evaluación al Informe Anual (En la Primera Sesión Ordinaria).

b) Reporte de Avances Trimestral del PTCI.-

c) Aspectos relevantes del Informe de verificación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del PTCI.

XI. Proceso de Administración de Riesgos Institucional.

a) Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria).

b) Reporte de Avance Trimestral del PTAR.-

c)Aspectos relevantes del Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del PTAR.

XII. Aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad.

a) Quejas, denuncias e inconformidades recibidas y procedimientos administrativos de responsabilidades.

b)Observaciones recurrentes determinadas por las diferentes instancias fiscalizadoras y aquellas pendientes de solventar con antigüedad mayor a seis meses.

XIII. Seguimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.

XIV. Asuntos Generales.

XV. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

III.- Ratificación del acta de la Sesión Anterior.-

ACTA DE LA CUARTA SESION ORDINARIA DE 2016.

--- En Ciudad Victoria Tamaulipas siendo las 11:30 horas del jueves **10** (diez) de Noviembre del año 2016 (dos mil dieciséis), se reunieron en el área de Telemedicina del Edificio sede del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", ubicado en el Libramiento Guadalupe Victoria S/N, área de Pajaritos, de esta ciudad, los siguientes funcionarios públicos del HRAEV:Dr. Vicente Enrique Flores Rodríguez, Director General y *Presidente del COCODI*; CP José Rafael Cuellar Romero, Director de Administración y Finanzas y *Coordinador de Control Interno* en la Institución; Dr. Domingo Vargas González,Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y *Enlace de Control Interno*; Dr. Arturo Rosales Guerra, Subdirector de Planeación y *Enlace de Funcionamiento del Comité*; Lic. Yessenia E. Álvarez Treviño, Jefe de División de Procesos de Planeación y Enlace de Riesgos; Dr. Julián Alejandro Caraveo Real, Director de Operaciones; CP Jorge Erasmo Reyna Acevedo, Titular del Órgano Interno de Control y *Vocal Ejecutivo del Comité;* así como los siguientes *invitados:* Lic. Tabita López Martínez, Subdirectora de Tecnologías de la Información; Lic. Judith Hernández Ilizaliturri, Jefe de División de Procesos Informáticos y de Comunicaciones. Así mismo, se cuenta con la participación por videoconferencia con las oficinas de la CCINSHAE en Periférico Sur No. 4118, primer piso, colonia Jardines del Pedregal, de la Delegación Álvaro Obregón de la Ciudad de México, del Dr. Manuel de la Llata Romero, Director General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y *Vocal por parte de la Coordinadora de Sector.-*

Esta Sesión se desarrolla atendiendo el siguiente: ----------

---------- **ORDEN DEL DÍA** ----------

--- **I.** Declaración de quórum legal e inicio de la Sesión. ----------

--- **II.** Aprobación del Orden del Día. ----------

--- **III.** Lectura y aprobación en su caso del Acta de la sesión anterior. ----------
--- **IV.** Seguimiento de Acuerdos del Comité. ----------
--- **V.** Cédula de Situaciones Críticas. ----------
--- **VI.** Revisión del Anexo Gráfico. ----------
--- 6.a Resultado de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidad. ----------
--- 6.b Observaciones de instancias fiscalizadoras pendientes de solventar. ----------
--- 6.c Comportamiento presupuestal y financiero. ----------
--- 6.d Pasivos laborables contingentes. ----------
--- **VII.** Reporte Anual del Análisis del Desempeño de la Dependencia. ----------
--- **VIII.** Seguimiento al Establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional. ----------
--- 8.a Informe Anual----------
--- 8.b PTCI (Programa de Trabajo de Control Interno). ----------
--- 8.c. Informe de resultados del Titular del OIC derivado del informe anual. ----------
--- 8.d. Alternativas de solución del Titular de la Institución a recomendaciones del OIC. -------
--- 8.e. Reporte de avances trimestrales del PTCI e informe de verificación del OIC. ----------
--- 8.f. Recomendaciones de Observaciones de Alto Riesgo Derivadas de las Auditorias o Revisiones Practicadas por Instancias de Fiscalización y Salvedades en la Dictaminarían de Estados Financieros. ----------
---
--- **IX.** Seguimiento al proceso de administración de riesgos institucional. ----------
--- 9.a Matriz de Administración de Riesgos Institucional. ----------
--- 9.b Mapa de Riesgos Institucional. ----------
--- 9.c PTAR Institucional. ----------
--- 9.d Reporte de Avances del PTAR. ----------
--- 9.e Riesgos determinados de conformidad con el numeral 53 fracción VI. ----------
--- 9.f. Reporte anual del comportamiento de los riesgos. ----------
--- **X.** Seguimiento al Desempeño Institucional. ----------
--- 10.a Cumplimiento de Objetivos Metas e Indicadores. ----------
--- 10.b Cumplimiento del Programa de la Institución. ----------
--- 10.c Temas transversales de la Secretaria. ----------
--- **XI.** Asuntos Generales. ----------
--- **XII**. Ratificación de acuerdos adoptados en la reunión. ----------
---------- DESARROLLO DE LA SESIÓN ----------

1.- DECLARACION DE QUORUM LEGAL E INICIO DE LA SESIÓN. - **----------**

--- El CP Jorge Reyna informa que se cuenta con el quórum legal para la presente sesión.------
---

2.- LECTURA Y APROBACIÓN, EN SU CASO DEL ORDEN DEL DÍA. - **----------**

--- El CP Reyna presenta la propuesta de "Orden del día" la cual es aprobada por los participantes de la sesión.----------

3.- LECTURA Y APROBACIÓN, EN SU CASO, DEL ACTA DE LA TERCERA SESIÓN ORDINARIA DEL 2016 DEL COCODI DEL HRAEV. - ----------

--- El CP Reyna pone a consideración el acta de la tercera sesión ordinaria del 2016, informando que realizó los ajustes recomendados. Los miembros de la presente sesión manifiestan estar de acuerdo por lo que se solicita que se proceda a la obtención de las firmas correspondientes.----------

4.- INFORME DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DEL COMITE. ----------

Acuerdos del Comité de Control y Desempeño Institucional de sesiones anteriores en proceso. ----------

ACUERDO O-02/2013-02, relativo a: "Rendir un informe la Dirección de Administración y Finanzas, sobre el avance en el cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental".----------

La Lic. Judith Hernández, menciona las actividades principales, como el plan de trabajo de las áreas de la Dirección de Administración y Finanzas, para operar y registrar la información de los procesos vinculados a presupuestos y contabilidad dentro del sistema para estar preparados para emitir estados financieros de acuerdo a lo establecido por el CONAC. Se llevó a cabo una demostración de cierre calendarizado, análisis del registro de retenciones y manejo de presupuesto de ingresos. Señala también diversas actividades que se llevarán a cabo en los siguientes meses. El CP Jorge Reyna señala que el anterior responsable de la Subdirección de Recursos Financieros había establecido como compromiso del cumplimiento de la Ley en comento, a partir de Enero de 2017, enfatizando que ha recomendado que se trate de cerrar el ejercicio 2016 de manera automatizada, en virtud que se tienen los dos años anteriores en incumplimiento y este sería el tercero, lo cual será evaluado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.----------

En opinión del Dr. Domingo Vargas, el sistema está listo para empezar a registrar información, sin embargo expresa que la decisión de hacerlo por parte del área usuaria es a partir de enero del siguiente año. Agrega que se ha recibido el sistema para operarse, pero que no tienen contratado un servicio para que el mismo siga funcionando adecuadamente. El Dr. de la Llata, indica que el sistema debe operarse, pone el ejemplo de Oaxaca, que aunque iniciaron a operar a partir de julio 2016, pero quizás también se le haga observación por parte del auditor externo. Con lo expuesto se toma conocimiento sobre dicho acuerdo.----------

ACUERDO O-04/2015-01.- *"Informar avances en la recuperación de cuentas por cobrar por servicios prestados a Instituciones, por parte de la Dirección de Administración y Finanzas". --- El Dr. Vicente Flores, explica que parte de las cuentas por cobrar son saldos de particulares que se ha turnado para cancelación por incobrables, de acuerdo a las normas aplicables, informa además que se han iniciado gestiones con la nueva administración de las principales instituciones con las que se tienen convenio, ya que, por los cambios de responsables, se programa que al inicio del año siguiente, se pueda continuar con la recuperación de las cuentas a cargo de las mismas. El Dr. de la Llata llama la atención al saldo de cuentas por cobrar por importe de $ 80 millones, es necesario conocer el detalle de las instituciones deudoras, señalando que otro hospital tuvo que recurrir a demanda para presionar la recuperación lo cual les dio buen resultado, siendo esta una sugerencia de solución legal. En cuanto a los saldos de particulares, insiste en que se revisen las Normas y Bases para cancelación de cuentas a cargo de terceros, apoyándose con el Órgano Interno de Control,*

buscando con ello simplificar los trámites de cancelación además de apegarse a las disposiciones aplicables. Concluye que CP Reyna comentando que las gestiones jurídicas ya se habían recomendado y no se conoce de los avances y la cancelación sugiere se apegue a las normas de información financiera para tales efectos. El Dr. de la Llata propone dar por concluido este acuerdo y generar uno nuevo en el que se analicen tanto las cuentas por cobrar de particulares para su cancelación, mientras que las de instituciones, evalúen iniciar gestiones legales. Finalmente recomienda la modificación de las Normas y Bases para cancelación de adeudos a cargo de terceros.----------

ACUERDO O-03/2016-01.- *"Revisar la justificación y fundamentación del proyecto para la contratación de servicios administrados de tecnologías de la información y comunicación, por parte de la Sub dirección de Tics y el OIC en la Institución". ----------*

Informa el Dr. Domingo Vargas, que se ha documentado el proyecto, derivado de la conclusión de algunos servicios del contrato con el Inversionista Proveedor. Expone la necesidad de contratar los servicios de mantenimiento y soporte del sistema electrónico "Medsys", ya que todos los procesos se registran en el mismo. Señala que se hizo un convenio conciliatorio y en el mismo se establece la elaboración de un convenio modificatorio, sin embargo existen algunas dudas sobre lo mencionado por lo que requieren la justificación y se ha observado por el Órgano Interno de Control que no tiene la opinión favorable de la Unidad de Gobierno Digital. Deja claro que, en su opinión, se tiene un alto riesgo en un corto plazo. El Dr. de la Llata comenta que no habrá un convenio modificatorio en cuanto a los compromisos sobre el sistema, ya que los acuerdos se tomaron en el convenio conciliatorio, el cual debe cumplirse. El CP Jorge Reyna, señala que no se ha propuesto un convenio modificatorio por parte del OIC, sin embargo explica que eso se comentó en la última Junta de Coordinación realizada por la Institución con el Inversionista Proveedor. También deja claro que la opinión tanto de esta Contraloría e incluso del Departamento Jurídico del Hospital, es que los servicios relacionados con el sistema Medsys, están a cargo del inversionista proveedor y que requiere se aclare -----

----- por parte del área de Tecnologías de la Información y Comunicación, que no se trata de una doble contratación que pudiera llevar a generar pagos duplicados por dicho servicio. Finalmente el Dr. de la Llata apunta que en la cláusula sexta del convenio conciliatorio, se deja claro la responsabilidad que le corresponde a cada parte dentro de los compromisos acordados, sin embargo puntualiza que existen otros compromisos dentro del contrato vigente con el inversionista proveedor, que en el futuro pudieran generar alguna controversia, sin que a la fecha así sea y por ello se previó en el documento aludido, que dichos conceptos se revisaran en su momento y en su caso se establecerán por escrito los acuerdos en un convenio modificatorio. Sobre lo mencionado, el Dr. Vicente Flores, aclara que por el tipo de contrato de que se trata, no se estaría presentando un pago doble, ya que los servicios están consolidados dentro del pago que le corresponde al inversionista proveedor, solicita por ello, que el OIC, emita la opinión y turne el proyecto a la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública. Por lo tanto, el Dr. de la Llata agrega que todo quedó aclarado en el convenio conciliatorio, por lo que está documentado los compromisos que a cada parte corresponden.---

---

***5.- CÉDULAS DE SITUACIONES CRÍTICAS*----------

Comenta el CP Reyna que no se reportan situaciones críticas relacionadas con el cumplimiento del PTCI o en cuanto a Administración de Riesgos. Sin embargo da a conocer que los días 3 y 4

de noviembre, se presentó una contingencia por la falta de disponibilidad del sistema Medsys, que afectó la operatividad de los procesos médicos y administrativos, los cuales repercuten directamente en el desempeño institucional. Cede la palabra a la Lic. Tabita López, quien señala que además de lo ya mencionado, se han presentado otros eventos, como la falta de licenciamiento de uso el cual está comprometido durante la vida del contrato. Hace la aclaración que el mantenimiento de sistemas, también está relacionado con bases de datos y aplicaciones, por lo que dicho concepto requiere que se tenga disponible permanentemente, ya que el Hospital se encuentra en estado de indefensión. El CP Reyna, propone que dichas inconsistencias sea denunciada ante autoridades correspondientes, por el efecto que pudiera tener en cuanto a la atención médica de pacientes, apunta con claridad los términos del contrato y los del convenio conciliatorio, en los cuales no se advierte que haya concluido el mantenimiento al sistema electrónico Medsys. El Dr. de la Llata, expresa que por parte de la Secretaría de Salud, han aportado los elementos para que proceda la contratación, solicitando que se indique que se requiere para que se resuelva la situación. Concluyendo con lo anterior dicho apartado----------
---

6.- REVISIÓN DEL ANEXO GRÁFICO.----------

---6ª.- Resultado de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades. ----------

--- Se informan los asuntos en atención, por parte del Titular del OIC. Señala que cuentan con diecinueve expedientes de quejas y denuncias en proceso de investigación y por otra parte diez expedientes de procedimientos administrativos de responsabilidades en proceso deliberativo. Agrega que en algunos de los casos mencionados, los servidores públicos involucrados han recurrido a otras instancias como Tribunal Fiscal de Justicia Administrativa o Juzgados Federales, por lo que en tanto no resuelvan lo que corresponde, dichos expedientes no pueden ser resueltos de manera definitiva----------
-

---6b.- Observaciones de instancias fiscalizadoras pendientes de solventar. ----------

--- El CP Jorge Reyna, informa la situación de las observaciones del tercer trimestre de 2016. Reporta un inventario de 23 observaciones por atender, incluyendo 3 de auditoría externa. Se informa además que no se cuenta con observaciones de Auditoría Superior de la Federación. Por áreas responsables de atención, corresponden 16 a la Dirección de Administración y Finanzas, 10 a la Dirección de Operaciones y 3 de la Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación----------

--- **6.c.- Comportamiento presupuestal y financiero.** ----------

--- El CP Ricardo Mena, invitado por parte de la Dirección de Administración y Finanzas, solo enfatiza que al final de cada trimestre, se realizan adecuaciones presupuestales favorables en cuanto a la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. En particular en el tercer trimestre, hubo retrasos en las autorizaciones, afectando negativamente en los pagos oportunos a proveedores. Por tal motivo se hicieron gestiones para que en el citado periodo, debido a la presión de gasto, sin embargo la autorización llegó tarde, es decir hasta el mes

siguiente, lo cual en datos numéricos, dejaron recursos en disponibilidad presupuestal por nueve millones aproximadamente. El Dr. de la Llata recomienda que informe sobre dichas disponibilidades a la Junta de Gobierno y establezcan una estrategia para evitar disponibilidades al cierre del ejercicio. El Dr. Vicente Flores, agrega que se tiene diversas licitaciones en las cuales se van a utilizar dichos recursos en las próximas semanas----------
---

6. d.- Pasivos laborales contingentes. -------------
No se hacen comentarios sobre este punto del anexo gráfico, excepto por lo registrado para efectos de la carpeta informativa----------

7.- REPORTE ANUAL DEL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LA DEPENDENCIA.- -
--- Punto no aplicable a la Institución.----------

8.- SEGUIMIENTO AL ESTABLECIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL----------
--- Los avances que presenta el Dr. Arturo Rosales Guerra, están contenidos en el reporte trimestral sobre las 83 acciones comprometidas, solo se tienen pendientes cinco de ellas relacionadas con la encuesta de cultura organizacional, con lo cual se daría atención al total de actividades del presente ejercicio. El CP Reyna interviene para aclarar que se realizó la evaluación de reporte anterior por lo que se hicieron recomendaciones mediante oficio. Señala también que hubo una modificación de las disposiciones de control interno, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 03 de noviembre del año actual de lo que sobresale el cambio de fechas en la evaluación de control interno, el cual se debe realizar en el mes de noviembre y el informe correspondiente se debe presentar el día último de enero de 2017. Propone que en conjunto se revisen dichas disposiciones para tomar en cuenta lo aplicable a las sesiones del comité. El Dr. de la Llata solicita al CP Reyna elaborar un resumen para el Director General con los principales cambios en materia de Control Interno, acordando el Comité, se realice a la brevedad posible----------

9.- SEGUIMIENTO AL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL----------

---
Lic. Yesenia Álvarez, señala que se hizo la agrupación de dos riesgos identificados con el mismo tema, aunque inicialmente se tenían cinco riesgos, ahora se ajusta la matriz con solo cuatro. Señala que se han cumplido con cada una de las acciones comprometidas identificando problemática y establecimiento de estrategias para su atención. El riesgo de sistemas de información, el de servicios médicos con falta de calidad y recursos financieros generados de manera inadecuada y el de procedimiento de contrataciones inadecuadas, todos han disminuido en cuanto al impacto y la probabilidad de ocurrencia, conforme se aprecia en la valoración actual. El Dr. de la Llata recomienda tomar en cuenta los cambios en la metodología de riesgos de acuerdo a las nuevas disposiciones vigentes, además debe informarse si ya se cumplió la acción del riesgo uno, en cuanto a los sistemas de información de la plataforma nacional de información. Sobre lo que se aclara que se está dando cumplimiento en tiempo y forma y sobre ello no se ha dejado de informar. El CP Reyna finalmente invita al coordinador

de control interno y al enlace de riesgos a llevar a cabo la planeación estratégica de riesgos para el ejercicio 2017, haciéndolo mediante reunión de trabajo con los actores relacionados para cumplir en tiempo y forma dicha responsabilidad----------

10.- SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL----------

---10.a.- Cumplimiento de Objetivos, Metas, e Indicadores. Cumplimiento del Programa de la Institución----------

Informa el Dr. Arturo Rosales, el resultado de los indicadores del tercer trimestre de 2016, señalando que lo relativo al programa E-022 no se presenta reporte por tratarse de resultados semestrales y no aplica al periodo señalado. Sobre el programa E-010, explica que la mayoría de los indicadores están en semáforo verde, enfatizando que el indicador referente al porcentaje de cursos impartidos en materia administrativa y gerencial, se obtuvo un resultado menor a la meta programada, sin embargo, han implementado acciones con los responsables en coordinación con el área de recursos humanos, para que se pueda mejorar dicho resultado durante el siguiente trimestre. Sobre el programa presupuestal E-023, ha establecido acciones para asegurar que al cierre del cuarto trimestre del año se logren las metas programadas, como son reuniones mensuales con los responsables, ya que dos indicadores de este programa, están en semáforo amarillo, tanto el indicador de eficacia en la consulta otorgada en pre consulta y de primera vez, recurriendo incluso a un proyecto de mejora de la gestión, así como el indicador de pacientes referidos por instituciones con apertura de expediente clínico el cual se revisa con el área médica para su cumplimiento. En cuanto al indicador relativo a la tasa de infecciones nosocomiales que ha estado en bajo cumplimiento, se han ajustado las metas para cumplirlas adecuadamente. El Dr. Alejandro Caraveo, señala que efectivamente los pacientes referidos, se enviaban directamente a pre consulta, pasando por alto la consulta de primera vez, sin embargo confirma que se desarrollan acciones para corregir la situación en coordinación con la dirección médica. Comenta el Dr. de la Llata, que el 81% de indicadores están en verde, el 11% en amarillo y el 8% en rojo, señala que a pesar que se observa cumplimiento en el programa E-010, es necesario incrementar los cursos y los participantes en los mismos, también resalta del programa E-023, que hay indicadores en verde, pero no hay cumplimiento en las actividades de las variables 1 y 2, el porcentaje de pacientes con satisfacción en la calidad del servicio recibido, es bajo, destaca por otra parte que el indicador de infecciones nosocomiales, el de ocupación hospitalaria y el de expediente clínico reportan buenos resultados, sin pasar por alto la baja en pacientes referidos.----------

---

Agrega finalmente el Dr. Caraveo, que debido a los cambios en instituciones púbicas locales, afectan lo relativo a la referencia y que por otra parte el ausentismo laboral del personal médico, también ha tenido efecto en el cumplimiento de indicadores. Por lo tanto, el Dr. De la Llata, recomienda que tengan cuidado en las mediciones y las explicaciones de las variaciones, para que se tenga conozcan las causas de los resultados informados y cuidar la calidad en la atención de los usuarios de los servicios. Con lo expuesto se toma conocimiento de este punto.

--- 10.b.-Cumplimiento de los Programas de la Institución y Temas Transversales de la Secretaría----------

Se reporta el cumplimiento del reporte del tercer trimestre de 2016, del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, por parte de la Lic. Yesenia Álvarez, el cual fue elaborado y validado por los enlaces de cada una de las doce líneas de acción de las cuales se tiene compromiso por atender por parte de la Institución. El Dr. de la Llata expone que han tenido problemas de retrasos en los entregables de la línea de acción de Transparencia Focalizada, recomendando que se ponga atención en ello, también indica que sobre el desempeño institucional, se deberá realizar la vinculación entre el ejercicio presupuestal y los programas presupuestales, de acuerdo a un manual reciente sobre dicho tema----------
---

11.- ASUNTOS GENERALES----------

--- El CP Reyna pasa a considerar este punto mencionando que incorporan dos asuntos generales en la presente sesión. El primero corresponde al calendario de sesiones para el ejercicio 2017, con las siguientes fechas propuestas: ----------

NÚMERO DE SESIÓN	***FECHA***	***HORA***
1ª. Sesión Ordinaria	14-Febrero-2017	10:00 AM
2ª. Sesión Ordinaria	16-Mayo-2017	10:00 AM
3ª. Sesión Ordinaria	22-Agosto-2017	10:00 AM
4ª. Sesión Ordinaria	14-Noviembre-2017	10:00 AM

Los miembros y participantes manifiestan su acuerdo y aprueban el presente calendario--------
Como segundo asunto, el CP Reyna, hace mención de la publicación de las nuevas Disposiciones en materia de Control Interno, publicadas el 03 de noviembre de 2016, en el Diario Oficial de la Federación, a efectos que sean revisadas por cada uno de los participantes.

--- ***12.- REVISIÓN Y RATIFICACIÓN DE ACUERDOS ADOPTADOS EN LA REUNIÓN***-------

Como último punto del Orden del Día, el CP Jorge Reyna, revisa los asuntos y temas tratados y ratifica los siguientes acuerdos: ----------

ACUERDO O-04/2016-01.- Analizar y revisar los casos de cuentas por cobrar de particulares y tramitar su cancelación de acuerdo a las normas aplicables----------

ACUERDO O-04/2016-02.- Realizar las acciones necesarias para actualizar y/o modificar las normas y disposiciones para cancelación de cuentas incobrables----------

ACUERDO O-04/2016-03.- Realizar el análisis jurídico para realizar la recuperación de cuentas por cobrar por la vía legal, a instituciones a las cuales se les ha brindado servicios, como son el ISSSTE, IMSS, Secretaria de Salud del Estado, entre otros.----------
---

Con lo anterior, se da por concluida la cuarta sesión ordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", siendo las 13:15 horas del mismo día de su celebración----------
---

IV.- Seguimiento de Acuerdos del Comité.

1.- Acuerdos del Comité de Control y Desempeño Institucional concluidos.-

ACUERDO O-01/2016-01.- *Informar de manera trimestral los avances del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno y el cumplimiento de los indicadores establecidos en el convenio de colaboración, por medio del enlace del programa en la Institución.*

ACUERDO O-01/2016-02.- *Que el comité de ética y prevención de conflicto de intereses, informe de manera trimestral, los avances en el cumplimiento de los Lineamientos en materia de integridad y ética y hacer del conocimiento de este Comité, sobre el informe anual de actividades que debe presentarse al Titular de la Institución y a la Unidad Especializada de Ética y Prevención de Conflicto de Intereses de la Secretaría de la Función Pública. Esto por conducto del presidente del comité de ética y prevención de conflicto de intereses de la Institución.*

ACUERDO O-01/2016-03.- *Presentar informe de avances del cumplimiento del "Protocolo de actuación de los servidores públicos que participan en contrataciones públicas", por conducto del Director de Administración y Finanzas de la Institución.*

2.- Acuerdos del Comité de Control y Desempeño Institucional de sesiones anteriores en proceso.-

ACUERDO O-02/2013-02, relativo a: *"Rendir un informe la Dirección de Administración y Finanzas, sobre el avance en el cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental".*

Las acciones que se llevaron a cabo en relación a la implementación en el Sistema Integral del HRAEV relacionadas con el cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental".

En el mes de Octubre se definieron los pendientes detectados en las pruebas integrales, relacionados con el manejo de dobles retenciones y el manejo del presupuesto de ingresos.
En el mes de Noviembre se llevo a cabo la demostración del cierre contable la cuál fue exitosa.

Se llevaron a cabo las reuniones para el análisis coordinado con el proveedor del sistema de los puntos pendientes que no impiden la implementación en producción de la operación del sistema y la generación de los reportes.

Se llevan a cabo la programación de las capacitaciones por módulos específicos para los usuarios así como la configuración de accesos con la finalidad de comenzar a registrar y operar a partir de Enero del 2017 en el MedSys las transacciones relacionadas con el cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y estar en condiciones de emitir los estados financieros.

Durante el mes de Diciembre se llevaron a cabo las capacitaciones para iniciar la operación en Enero de 2017 sobre los procesos relacionados con el cumplimiento y transacciones vinculadas al presupuesto y la afectación contable que son el Tablero de Presupuestos al personal de finanzas, Modulo Abastos con el personal de Recursos materiales, proceso de Servicios Generales personal de la Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales, y el Modulo de viáticos.

La segunda semana de Enero a fin de dar inicio a la operación y registro de información se han llevado las siguientes actividades:

Importación del presupuesto 2017 identificándose nuevas combinaciones de claves programáticas que no se tenían en el 2016, el personal operativo trabaja en la configuración a fin de que se dé inicio al registro de transacciones vinculadas con la contabilidad y presupuestos dando cumplimiento a las disposiciones de la ley de Contabilidad Gubernamental.

Dirección de Planeación, Enseñanza
E Investigación

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Ciudad Victoria Tamaulipas, 01de Febrero del 2017
OFICIO: HRAEV/DPEI/24/2017
ASUNTO: INFORMACIÒN ACUERDOS
R-O-02/2013-2. Y R-O-02/2015-1 JUGO
ASUNTO: CONTESTACION CONAC
C.A.8C.11

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL DEL HRAEV

AT'N: LIC. YESSENIA ESMERALDA ALVAREZ TREVIÑO
JEFE DE DIVISION DE PROCESOS MEDICO-ADMINSTRATIVO Y RECURSOS PARA LA SALUD

PRESENTE:

En atención a **oficio No. 2017/HRAEV/DG/014** se entrega la información solicitada para la 1ª. Sesión Ordinaria de la Junta Ordinaria de Gobierno del Director General para dar contestación a los acuerdos relacionados con atender las disposiciones del CONAC.

ACUERDOS

R-O-02/2013-2. Y R-O-02/2015-1. Atender el acuerdo número 1 aprobado por el Consejo de Armonización Contable (CONAC), en reunión del 3 de mayo de 2013, relativo a la integración automática del ejercido presupuestario con la operación contable y la generación en tiempo real de los estados financieros.

ACCIONES

Las acciones que se llevaron a cabo en relación a la implementación en el Sistema Integral del HRAEV relacionadas con el cumplimiento de las disposiciones del CONAC fueron las siguientes:

MES DE OCTUBRE 2016

Definición de pendientes de implementar detectados en las pruebas integrales

MES DE NOVIEMBRE 2016

Demostración del cierre contable la cual resultó exitosa
Reunión de seguimiento de pendientes para implementar en el sistema lo referente a:

a) **El manejo de dobles Retenciones y el compromiso por parte del proveedor del sistema de entregar los documentos de ambos análisis para desarrollo.**
b) **El manejo del presupuesto de ingresos**

SALUD
SECRETARIA DE SALUD

Dirección de Planeación, Enseñanza E Investigación

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Solicitud al IP de la capacitación especifica por módulos específicos y configuración de usuarios claves con la finalidad de comenzar a registrar y operar a partir de Enero del 2017 en el MedSys las transacciones relacionadas con el cumplimiento de la CONAC con la finalidad de emitir los estados financieros dar cumplimiento a la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

MES DE DICIEMBRE 2016
Se llevan a cabo las capacitaciones para iniciar la operación:

Tablero de Presupuestos personal de finanzas 13 de Diciembre
Modulo Abastos con el personal de Recursos materiales 14 y 15 de Diciembre
16, 19 y 20 proceso de Servicios Generales personal de Servicios Generales
21 y 22 Modulo de viáticos.

ENERO 2017

En la segunda semana de Enero a fin de dar inicio a la operación y registro de información se han llevado las siguientes actividades:

Importación del presupuesto 2017 identificándose nuevas combinaciones de claves programáticas que no se tenían en el 2016, el personal operativo trabaja en la configuración a fin de que se dé inicio al registro de transacciones vinculadas con la contabilidad y presupuestaciòn dando cumplimiento a las disposiciones de la ley de Contabilidad Gubernamental.

Sin otro particular envió saludos cordiales quedando el compromiso de dar atención vía oficio a la solicitud.

ATENTAMENTE

DR. DOMINGO VARGAS GONZALEZ
DIRECTOR DE PLANEACION, ENSEÑANZA E INVESTIGACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

M.S.I. JUDITH A. HERNÁNDEZ ILIZALITURRI
JEFATURA DE DIVISIÓN DE PROCESOS INFORMÁTICOS Y DE COMUNICACIONES

Ccp. C.P. José Rafael Cuellar Romero.- Director de Administración y Finanzas
Ccp Lic. Tabita López Martínez.- Subdirectora de Tecnologías de la información
c.c.p. Archivo

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010
RECIBIDO
09:30
03 FEB 2017
DIRECCION DE ADMINISTRACION FINANZAS

ACUERDO O-04/2015-01.- *"Informar avances en la recuperación de cuentas por cobrar por servicios prestados a Instituciones, por parte de la Dirección de Administración y Finanzas".*

1. En reunión de Comité para Cancelación de Adeudos a cargo de terceros y a favor del HRAEV, llevada a cabo el 12 de Diciembre del año 2016 en donde se pone a consideración del Comité analizar y aprobar la cancelación de los adeudos no recuperables ubicados en los niveles 1, 2 y 3 del año 2013, previo dictamen por el Departamento de Asuntos Jurídicos, por un monto de $3,592,660.78 (Tres millones quinientos noventa y dos mil seiscientos sesenta pesos .78/100 M.N.), se informa que el Comité analizó y aprobó la cancelación propuesta por la citada cantidad.

2. En fecha 26 de Enero del 2017, previa solicitud vía electrónica a los integrantes del Comité para Cancelación de Adeudos a cargo de terceros y a favor del HRAEV de la revisión a las Normas y Bases para la cancelación de cuentas incobrables a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"; para revisar el Manual de Procedimientos para la Cancelación de Cuentas Incobrables, a fin de simplificar la normatividad y solicitar la autorización de modificación en la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno de 2017; se reunieron el Lic. Antonio Galván Infante, Jefe del Departamento Jurídico, Lic. Dora Robles Monge, Responsable del área de Cobranza, Lic. Abel López Medina del área de Cobranza y la C.P. Gabriela Pérez Hernández, Suplente del Secretario Ejecutivo del Comité de Cuentas incobrables para comentar al respecto.

   El Lic. Antonio Galván manifiesta que a su consideración no se requiere modificar el Manual de Procedimientos para la cancelación de cuentas incobrables en aspectos de fondo; se sugieren algunas modificaciones de forma, a saber:

   En el numeral 3.2.9, inciso f) en el tercer punto, se menciona: Notas de cargo o Contra recibo. Se sugiere modificar en este punto que diga únicamente Historial de Pago.

   En el numeral 3.2.9, dice en su inciso: g) Documentación que acredite las acciones de cobranza de la Subdirección de Recursos Financieros, por conducto de su área de tesorería.

   Se sugiere suprimir: **"por conducto de su área de tesorería";** ya que esta área no figura como tal en el organigrama de esta Institución, y quien efectúa las acciones de cobranza es precisamente el área de Cobranza.

3. De acuerdo al numeral 3.2.7 del Manual de Procedimientos para la Cancelación de Cuentas Incobrables, que a la letra dice: "Con la finalidad de privilegiar el costo beneficio de este trámite, cuando la Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de Recursos Financieros identifique un saldo cuyo importe no rebase 90 veces el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal, publicado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, podrá efectuar la depuración del registro o la cancelación del Saldo de manera inmediata, sin mediar procedimiento o gestión de cobro alguno"… a esta fecha se ha depurado del año 2013 la cantidad de $1,084,406.74 (Un

millón ochenta y cuatro mil cuatrocientos seis pesos 00/100 M.N.), para proceder a su cancelación respectiva.

4. De acuerdo al numeral 3.2.7 incisos c). y l). que a la letra dicen:

   c) El deudor haya fallecido y se compruebe con el acta de defunción respectiva.

   l) Prescripción conforme a la legislación respectiva.

   Se ha depurado del año 2013 la cantidad de $738,910.73 (Setecientos treinta y ocho mil novecientos diez pesos .73/100 M.N.).

5. El monto total que se ha depurado a la fecha, y que se pone a consideración de la Junta de Gobierno para cancelar es por un total de $ 5,415,978.25 (Cinco millones cuatrocientos quince mil novecientos setenta y ocho pesos .25/100 M.N.).

6. Se hace la aclaración que el Manual de Procedimientos para la Cancelación de Cuentas Incobrables tiene vigencia a partir del mes de Febrero del año 2014, y el monto que se están depurando corresponde al año 2013, fecha en que aún no se contaba con el citado Manual.

7. Se continúa trabajando en la depuración de los saldos de los años 2012, 2014, 2015 y 2016.

ACUERDO O-03/2016-01.- "Revisar la justificación y fundamentación del proyecto para la contratación de servicios administrados de tecnologías de la información y comunicación, por parte de la Sub dirección de Tecnologías de la Información del HRAEV y el Órgano Interno de Control en la Institución".

El proyecto Servicios Profesionales especializados para el Mantenimiento y Operación del sistema Medsys se encuentra en el PETIC 2017 y se encuentra en la plataforma CIDGE registrado el 25 de Octubre del 2016, el cual paso a revisión con OIC recibiendo observaciones para el mismo durante el mes de Noviembre y parte de Diciembre y el 15 de Diciembre del 2016 dio la aprobación con observaciones en plataforma y ese día se Envía a UGD para revisión; quien el 7 de Febrero del 2017 dictamina como no favorable desde el punto de vista técnico principalmente por no proporcionar evidencia de aquellos servicios que aún están a cargo del inversionista proveedor. Actualmente se está trabajando en la clasificación de los servicios con el Inversionista Proveedor para solventar el requerimiento de información solicitado.

V.- Cédulas de Situaciones Críticas.

Por solicitud del Dr. Manuel de la Llata, la composición de las adquisiciones por tipo de procedimiento de compra, que al mes de septiembre fue reportado en la JUGO de ese HRAE la adjudicación de contratos por Licitación Pública por un importe de 20.9 MDP, frente a los 89.8 del total de contratos a esa fecha, lo que da un índice de 23%; de ello las reiteradas recomendaciones del Comisariato sobre este tema.

Se incorpora un análisis pormenorizado de dicha composición, con el corte de información a diciembre de 2016. Ello permitirá, a partir de los factores que se determinen, evaluar la necesidad de incluirlo en la Matriz de Riesgos.

Resumen de las contrataciones formalizadas al 31 de Diciembre de 2016, y el análisis del Porcentaje de contrataciones formalizadas conforme al Artículo 42 de ley.

Determinándose el Porcentaje de contrataciones formalizadas conforme al artículo 42 de la Ley fue de 8.02% contra el 91.97 % de Contrataciones formalizadas por Licitaciones Publicas

Según el desempeño Institucional comparando el presupuesto ejercido contra el modificado, se da cumplimiento a las metas programadas para este 2016, ya que la proporción del presupuesto no ejercido no supera los 10 puntos porcentuales, por lo que no existe riesgo alguno

PRESUPUESTO EJERCIDO AL CIERRE 2016	**464,414,531.81**
PRESUPUESTO MODIFICADO AL CIERRE 2016	**494, 218,287.21**

PROPORCIÓN EJERCIDO	**94%**
PROPORCIÓN NO EJERCIDO	**6%**

Cálculo y determinación del porcentaje del 30% a que se refiere el artículo 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

(Miles de pesos)

Dependencia o Entidad: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA — **Período: ENERO - DICIEMBRE 2016**

CONCEPTO		PRESUPUESTO ANUAL AUTORIZADO	PRESUPUESTO ANUAL EJERCIDO	CONTRATACIONES FORMALIZADAS CON CONTRATO FIRMADO							
				ENTRE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES	ARTÍCULO 42		ARTÍCULO 41				LICITACIÓN PÚBLICA
CLAVE	DESCRIPCIÓN	(Incluye modificaciones, en su caso)	(Incluye modificaciones, en su caso)	(Párrafo quinto del art.1 de la Ley)	ADJUDICACIÓN DIRECTA	INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS	PATENTE	COSTOS ADICIONALES	MARCA DETERMINADA	OTROS	(Arts. 26, 26 Bis y 28 de la Ley)
							I	III	VIII	II, IV a VII y IX a XX	
CAPÍTULO 2000 - MATERIALES Y SUMINISTROS			(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)
2100	Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales	3,327,229	4,769,235		1,715,622						3,053,614
2200	Alimentos y Utensilios	1,748,114	1,703,394		703,394	1,000,000					
2300	Materias Primas y Materiales de Producción y Comercialización		0								
2400	Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación	11,962	0								
2500	Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio	45,794,282	50,141,045		9,015,493				2,716,559	1,593,667	36,815,326
2600	Combustibles, Lubricantes y Aditivos	417,460	382,215		382,215						
2700	Vestuario, Blancos, Prendas de Protección y Artículos Deportivos	2,127,748	1,972,533		456,561						1,515,972
2900	Herramientas, Refacciones y Accesorios Menores	1,207,132	998,630		950,074				48,556		
CAPÍTULO 3000 - SERVICIOS GENERALES (Excepto el Concepto 3900)											
3100	Servicios Básicos	11,775,440	15,827,584	10,177,108	82,476						5,568,000
3200	Servicios de Arrendamiento	11,385,752	12,796,835		59,450				12,737,385		
3300	Servicios Profesionales, Científicos, Técnicos y Otros Servicios	361,453,455	327,187,920		14,311,840	657,720	131,100		87,000	11,733,531	300,266,729
3400	Servicios Financieros, Bancarios y Comerciales	665,763	6,488,190		6,204,124		284,066				
3500	Servicios de Instalación, Reparación, Mantenimiento y Conservación	44,967,452	40,843,122		439,822		26,030,349				14,372,951
3600	Servicios de Comunicación Social y Publicidad	7,600	0								
3700	Servicios de Traslado y Viáticos (Excepto las partidas 375 a 379)	3,668,941	0								
3800	Servicios Oficiales	761,743	1,303,829		1,303,829						
3900	Otros servicios generales	4,898,214	0								
	TOTAL	**494,218,287**	**464,414,532**	**10,177,108**	**35,624,899**	**1,657,720**	**26,445,515**	**0**	**15,589,500**	**13,327,199**	**361,592,591**
			(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)

- Los incrementos en las cantidades, conforme al artículo 52 de la Ley, se incluirán en la columna que corresponda al contrato original que se haya modificado.
- Las contrataciones que se realicen por la rescisión de contratos (art. 41 fracc. VI de la Ley), se adicionarán en la columna H y se restará de lo que corresponda al contrato rescindido.

Nota: Podrán considerarse o excluirse otras partidas, de existir particularidades que así lo justifiquen.

Porcentaje de contrataciones formalizadas conforme al artículo 42 de la Ley = $\frac{C+D \times 100}{A}$ que será igual o menor a 30%

$\frac{35,624,899+1,657,720 \times 100}{464,414,532}$ = **8.02%**

Porcentaje restante integrado por = $\frac{B+E+F+G+H+I \times 100\%}{A}$ que será mayor o igual a 70 %

$\frac{10,177,108+26,445,515+15,589,500+13,327,199+361,592,591 \times 100}{464,414,532}$ = **91.97%**

Fuente: **Fuente:** Clasificador por Objeto del Gasto

VI.- Reporte Anual del análisis del desempeño de la Dependencia

No aplica.

VII.- Seguimiento al Desempeño Institucional

a.- Programas Presupuestarios

PP E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"
Fin y Propósito

COCODI		PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2015					
Comité de Control y Desempeño Institucional		INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICOS 2016 1/					
		(FIN Y PROPOSITO)					
		Informe al	4to	Trimestre de	2016		
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:	NBT						
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	_ DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "E						
PP E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"							

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA		
FIN	Tasa de incremento anual de becas de formación especialistas médicos FÓRMULA: (VARIABLE1-VARIABLE2) / VARIABLE2 X 100	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	V1: Becas otorgadas en el año actual por la Secretaría de Salud para formar médicos especialistas						
	V2: Becas otrorgadas en el año anerior por la Secretaría de Salud para formar médicos especialistas						
FIN	Porcentaje de plazas de residentes ocupadas respecto a las disponibles FÓRMULA: FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100						
	Número de plazas de médicos residentes ocupadas						
	Nùmero de plazas de médicos residentes disponibles x 100						
PROPÓSITO	Eficiencia terminal de médicos especialistas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	77.8		77.8	77.8	VERDE	
	V1: Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte que obtienen constancia de concluisón de estudios de posgrado clínico	7		7	7		
	V2: Número de médicos especialistas en formación de la misma cohorte inscritos a estudios de posgrado clínico	9		9	9		

	Eficiencia terminal de posgrado no clínico **FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100**	**0.0**		**0.0**	**0.0**	**SEMAFORIZACIÓN**	
PROPÓSITO	**V1: Número de profesionales en posgrados no clínicos de la misma cohorte con constancia de terminación**						
	V2: Total de profesionales en posgrados no clínicos inscritos en la misma cohorte						
PROPÓSITO	**Porcentaje de profesionales que concluyeron cursos de educación continua** **FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100**	**96.6**		**96.6**	**96.8**	**VERDE**	
	V1: Número de profesionales de la salud que recibireron constancia de conclusión de estudión de educación continua impartida por la institución	**965**		**965**	**1,063**		
	V2: Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos educación continua realizados durante el periodo reportado	**999**		**999**	**1,098**		

1/ Sólo reportará los indicadores aplicables al periodo por la institucion

2/ Sólo reportará, este apartado cuando exista una variacion superior al 10.0 por ciento en la meta alcanzada o cualquiera de las variables que integran el indicador al período. Para el informe del cuarto trimestre o cierre del ejercicio fiscal enunciará de manera sintetica las acciones que realizó, comprobables documentalmente cuando proceda, para solucionar la problematica que propició el incumplimiento de la meta.

PP E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"
Componente y Actividad

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: - DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "B

PP E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA		
COMPONENTE	Porcentaje de cursos de formación con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0		100.0	100.0	VERDE	
	V1: Número de cursos de formación de posgrado impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad por parte de los médicos en formación superior a 80 puntos	4		4	4		
	V2: Total de cursos de formación de posgrado para médicos en formación impartidos en el periodo	4		4	4		
COMPONENTE	Porcentaje de cursos de posgrado no clínico con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	V1: Número de cursos de formación de posgrado no clínico impartidos con promedio de calificación de percepción de calidad superior a 80 puntos						
	V2: Total de cursos de formación de posgrado no clínico impartidos en el periodo						
COMPONENTE	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0		100.0	100.0	VERDE	
	V1: Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	12		12	12		
	V2: Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo	12		12	12		
COMPONENTE	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 x 100	30.0		30.0	31.0	VERDE	El indicador se encuentra en semaforización verde. La var 1 se supera en un 13.3 % ya que hubo buena aceptación y convocatoria por los temas impartidos y acuedieron un mayor número de participantes externos de lo planeado .
	V1: Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	300		300	340		
	V2:Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	999		999	1,098		
COMPONENTE	Percepción sobre la calidad de la educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	8.7		8.7	8.8	VERDE	
	V1: Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	8,256		8,256	8,228		
	V2: Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	949		949	935		
ACTIVIDAD	Porcentaje de instituciones con programas de seguimiento de egresados (Posgrados clínicos y no clínicos) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	V1: Número de instituciones que imparten estudios de posgrado clínico y no clínico con seguimiento de egresados						
	V2: Total de instituciones que imparten estudios de posgrado						
ACTIVIDAD	Porcentaje de cobertura de matrícula requerida FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	79.1		79.1	72.1	AMARILLO	
	V1: Número de espacios educativos de posgrado cubiertos (becas o matricula)	34		34	31		

PP E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud"
Fin y Propósito

COCODI
Comité de Control y Desempeño Institucional

PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2015

INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICOS 2016 1/

(FIN Y PROPOSITO)

Informe al 4to Trimestre de 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NBT
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _ DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "B

PP E010 "Formación de recursos humanos especializados para la salud" ÁREA: Capacitación gerencial y administrativa

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA		
FIN	Porcentaje de servidores públicos capacitados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	55.0		55.0	44.5	ROJO	No se logro el cumplimiento de la meta debido a que no se logró una adecuada coordinación con las áreas para que pudieran acudir el total del personal convocado sin ver afectado el servicio ya que existe falta de personal. Se implementarán estrategias en el 2017 con los jefes de departamento para lograr la asistencia de un mayor número de personal sin que se vean afectadas las áreas de servicio.
	V1: Número de servidres públicos capacitados	335		335	271		
	V2: Número total de servidores públicos suceptibles de capacitarse	609		609	609		
PROPÓSITO	Porcentaje de servidores públicos capacitados que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	89.7		89.7	86.9	VERDE	
	V1: Número de servidores públicos que concluyen satisfactoriamente cursos de capacitación administrativa y gerencial	96		96	93		
	V2: Número de servidores públicos inscritos a cursos de capacitadión administrativa y gerencial	107		107	107		

1/ Sólo reportará los indicadores aplicables al periodo por la institucion

2/ Sólo reportará, este apartado cuando exista una variacion superior al 10.0 por ciento en la meta alcanzada o cualquiera de las variables que integran el indicador al período. Para el informe del cuarto trimestre o cierre del ejercicio fiscal enunciará de manera sintetica las acciones que realizó, comprobables documentalmente cuando proceda, para solucionar la problematica que propició el incumplimiento de la meta.

PP E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
Fin y Propósito

COCODI		**PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2015**					
Comité de Control y Desempeño Institucional		**INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICOS 2016 1/**					
		(FIN Y PROPOSITO)					
		Informe al	**4to**	**trimestre de**	**2016**		
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:	**NBT**						
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	**L DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "B**						

PP E022 Investigacion y Desarrollo Tecnologico en Salud

INDICADORES		**META ANUAL**	**Periodicidad reporte**	**META ACUMULADA**		**ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/** (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	**DEFINICIÓN**			**PROGRAMADA**	**REALIZADA**		
FIN	**Índice de investigadores de alto nivel** **FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100**	**0.5**		**0.5**	**1.0**	**ROJO**	**EN ESTE AÑO EL HRAEV REALIZÓ LA CONTRATACIÓN DE UN MÉDICO OPERATIVO, EL CUAL ES MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES (NIVEL 1). CON ESTA ACCIÓN SE DUPLICÓ EL NÚMERO DE INVESTIGADORES SNI EN LA INSTITUCIÓN, POR LO QUE EL RESULTADO ARROJADO ES CONSIDERADO UNA VARIACIÓN POSITIVA. SE ESPERA QUE SU INCORPORACIÓN A LA INSTITUCIÓN FORTALEZCA LA PRODUCCIÓN CIENTIFICA DE ALTO IMPACTO EN EL HRAEV. SE CONSIDERA QUE LA VARIACION EN ESTA META FUE POSITIVA YA QUE SE INCORPORÓ UN INVESTIGADOR MAS A LA INSTITUCIÓN. SE REQUIERE QUE EL HRAEV CUENTE CON INVESTIGADORES DE TIEMPO COMPLETO, CON PERFIL PARA INGRESAR AL SISTEMA INSTITUCIONAL CON EL PROPÓSITO DE INCREMENTAR LA PROMOCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA EN SALUD. ESTO AUMENTARÍA POSITIVAMENTE EL IMPACTO DE LA PRODUCCIÓN QUE SE REALICE EN EL HRAEV EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN. LAS METAS DE 2017 HAN SIDO AJUSTADAS.**
	V1: Profesionales de la salud que tengan nombramiento vigente de las categorías D-F del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	**1**		**1**	**2**		
	V2: Total de investigadores del SII más investigadores vigentes en el SNI en el año actual	**2**		**2**	**2**		
PROPÓSITO	**Porcentaje del presupuesto federal destinado por la Secretaria de Salud a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud** **FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100**	**0.0**		**0.0**	**0.0**	**SEMAFORIZACIÓN**	
	V1: Presupuesto destinado a investigación por la Secretaria de Salud en el período						
	V2: Presupuesto total de la Secretaria de Salud en el periodo						
PROPÓSITO	**Tasa de variación de productividad científica de Impacto alto respecto al año previo** **FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100**	**50.0**		**50.0**	**0.0**	**ROJO**	**SE ALCANZO LA META ORIGINAL DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS EN REVISATAS III A VII EN EL AÑO ACTUAL, SIN EMBARGO NO HUBO EL CRECIMIENTO DEL 50% PROGRAMADO, CON RESPECTO DEL AÑO ANTERIOR. CAUSAS: NO SE CUENTA CON PLAZAS DE INVESTIGADOR; LOS PROYECTOS REALIZADOS SE HAN LOGRADO POR PERSONAL MEDICO OPERATIVO Y POR PERSONAL DIRECTIVO MANDO MEDIO EN INVESTIGACIÓN QUE NO DISPONE DE TIEMPO COMPLETO PARA REALIZAR LABORES DE INVESTIGACIÓN EN EL HRAEV. PARA MANTENER EL INCREMENTO EN LAS PUBLICACIONES DE ALTO IMPACTO, ES NECESARIO LA CREACIÓN DE PLAZAS DE INVESTIGADOR, PARA PROMOVER EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN REQUIEREN TIEMPO COMPLETO PARA ASEGURAR SU DESARROLLO EXITOSO. ASI MISMO, CUANDO SE REALIZÓ LA PROGRAMACIÓN DE METAS NO SE TENIA CERTEZA DE LA PRODUCCIÓN QUE SE ALCANZARÍA AL CIERRE DE 2015 POR LO QUE SE ESTIMÓ SERÍAN DOS. SE CONSIDERA QUE EL RESULTADO DE ESTE INDICADOR FUE POSITIVO, YA QUE SE ESTACUMPLIENDO LA PRODUCCIÓN DE ALTO IMPACTO CIENTIFICO. CABE MENCIONAR QUE EL PERSONALOPERATIVO RECIEN INCORPORADO COMO MEDICO ESPECIALISTA Y QUE ADEMAS REALZIA ACTIIVIDADES DE INVESTIGACION, ESTA DANDO INICIO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, POR LO CUAL SE PREVEE QUE EN EL SIGUIENTE AÑO EMPIECE A GENERAR PRODUCTOS CIENTÍFICOS QUE INCIDAN POSITIVAMENTE EN ESTE INDICADOR.**
	V1: Artículos científicos publicados en revistas (niveles III a VII) en el año actual	**3**		**3**	**3**		
	V2: Artículos científicos publicados en revistas (niveles III a VII) del año previo	**2**		**2**	**3**		
	Porcentaje de artículos científicos publicados en revistas de impacto alto **FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100**	**50.0**		**50.0**	**50.0**	**VERDE**	
PROPÓSITO	**V1: Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII) en el periodo**	**3**		**3**	**3**		
	V2: Total de artículos científicos institucionales publicados en revistas (I-VII) en el periodo	**6**		**6**	**6**		
PROPÓSITO	**Promedio de artículos de impacto alto publicados por investigadores institucionales de alto nivel** **FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2**	**3.0**		**3.0**	**1.5**	**ROJO**	**SE DISMINUYE LA PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA POR INVESTIGADOR DEL SISTEMA INSTITUCIONAL Y DEL SISTEMA NACIONAL, YA QUE SÓLO UN INVESTIGADOR DEL SISTEMA REALIZÓ PRODUCCIÓN CIENTIFICA DE ALTO IMPACTO MIENTAS QUE EL OTRO SE ENCUENTRA DANDO INICIO A LAS ACTIVIDADES DE SU PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, POR LO TANTO, AUN NO CUENTA CON RESULTADOS PARA SU PUBLICACION. SE ESPERA QUE A MEDIANO O LARGO PLAZO SE ESTEN REPORTANDO LOS PRIMEROS PRODUCTOS CIENTIFICOS DE ESTE. CABE MENCIONAR QUE NINGUNO DE LOS INVESTIGADORES DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DEL HRAEV. SON INVESTIGADORES DE TIEMPO COMPLETO.**
	V1: Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (niveles III a VII, de acuerdo a la clasificación cualitativa del Sistema Institucional de Investigadores) en el periodo	**3**		**3**	**3**		
	V2: Número total de investigadores vigentes en el Sistema Institucional (D,E y F) más investigadores vigentes en el SIN, en el periodo	**1**		**1**	**2**		

1/ Sólo reportará los indicadores aplicables al periodo por la institucion

2/ Sólo reportará, este apartado cuando exista una variacion superior al 10.0 por ciento en la meta alcanzada o cualquiera de las variables que integran el indicador al período. Para el informe del cuarto trimestre o cierre del ejercicio fiscal enunciará de manera sintetica las acciones que realizó, comprobables documentalmente cuando proceda, para solucionar la problematica que propició el incumplimiento de la meta.

PP E022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
Componente y Actividad

COCODI		PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2015					
Comité de Control y Desempeño Institucional		INDICADORES DE GESTION 2016 1/					
		(COMPONENTE Y ACTIVIDAD)					
		Informe al	4to	trimestre de	2016		
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:	NBT						
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	L DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "B						
PP E022 Investigacion y Desarrollo Tecnologico en Salud							

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA		
COMPONENTE	Tasa de variación de investigadores vigentes en el Sistema Institucional FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	0.0		0.0	0.0	VERDE	
	V1: Investigadores vigentes en el Sistema Institucional de investigadores en el año actual	2		2	2		
	V2: Investigadores vigentes en el Sistema Institucional de investigadores en el año previo	2		2	2		
COMPONENTE	Tasa de variación de investigadores que reciben el estímulo a la permanencia FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	V1: nvestigadores vigentes en el Sistema Institucional de investigadores que reciben estímulo a la permanecía en el año actual						
	V2: nvestigadores vigentes en el Sistema Institucional de investigadores que recibieron estímulo a la permanencia en el año previo						
COMPONENTE	Tasa de variación del financiamiento del FOSISS para proyectos de investigación FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	V1: Financiamiento por el FOSISS en el año actual						
	V2: Financiamiento por el FOSISS en el año previo						

COMPONENTE	Tasa de variación de recursos destinados a apoyar la investigación FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	Presupuesto que obtiene la CCINSHAE para apoyar la investigación en el año actual						
	Presupuesto que obtuvo la CCINSHAE para apoyar la investigación en el año previo						
COMPONENTE	Tasa de variación del presupuesto federal institucional destinado a investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	86.0		86.0	-21.4	ROJO	SE CONSIDERA QUE LA VARIACION EN ESTA META FUE POSITIVA DE ACUERDO AL PRESUPUESTO EJERCIDO CONTRA EL AUTORIZADO, A PESAR DE QUE EL PRESUPUESTO AUTORIZADO FUE MENOR EN COMPARACION CON EL 2015 PARA INVESTIGACIÓN, SIN EMBARGO SE COMPLEMENTO CON FUENTES DE FINANCIAMIENTO EXTERNAS COMO EL CONACYT CON EL PROPÓSITO DE MANTENER LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE ALTO IMPACTO.
	V1: Presupuesto federal institucional destinado en investigación en el año actual	1,450,539		1,450,539	511,817		
	V2: Presupuesto federal institucional destinado en investigación en el año previo	780,000		780,000	651,469		
COMPONENTE	Tasa de variación del presupuesto complementario obtenido para investigación científica y desarrollo tecnológico para la salud FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	-100.0		-100.0	49.6	#¡DIV/0!	EN EL AÑO 2015 SE OBTUVIERON 2 PROYECTOS FINANCIADOS POR EL CONACYT, PERO DURANTE ESE AÑO SÓLO SE OTORGÓ LA PRIMERA MINISTRACIÓN DE 1 DE ELLOS QUE CORRESPONDIÓ A 800,000 PESOS. DURANTE EL AÑO 2016 SE OBTUVO 1 PROYECTO FINANCIADO MÁS EN CONVOCATORIA DE CONACYT Y SE OTORGÓ, LA 2A MINISTRACIÓN DE 1 PROYECTO (200,000 PESOS) Y LA 1A MINISTRACIÓN DE OTROS 2 PROYECTOS (547,000 PESOS Y 450,000 PESOS), LO CUAL HACE UN TOTAL DE 1,197,000 PESOS QUE SE RECIBIERON DE PRESUPUESTO COMPLEMENTARIO PARA INVESTIGACIÓN DURANTE 2016
	V1: Presupuesto complementario destinado a investigación en el año actual	0		0	1,197,000		
	V2: Presupuesto complementario destinado a investigación en el año previo	1,000,000		1,000,000	800,000		
ACTIVIDAD	Tasa de variación de evaluación al desempeño de los investigadores FÓRMULA: (VARIABLE1 - VARIABLE 2)/ VARIABLE2 X 100	0.0		0.0	0.0	SEMAFORIZACIÓN	
	V1: Investigadores que aprobaron la evaluación del desempeño del año actual						
	V2: Investigadores que aprobaron la evaluación del desempeño del año previo						
ACTIVIDAD	Porcentaje de artículos científicos en colaboración FÓRMULA: VARIABLE1/ VARIABLE2 X 100	66.7		66.7	100.0	ROJO	SE INCREMENTA NOTABLEMENTE LA PUBLICACION DE ARTICULOS EN COLABORACIÓN. TODOS LOS ARTICULOS CIENTIFICOS PUBLICADOS FUERON REALIZADOS EN COLABORACION CON OTRAS INSTITUCIONES TANTO NACIONALES COMO INTERNACIONALES, ESTO DEBIDO A QUE LOS PROYECTOS DE LOS CUALES SE GENERAN DICHOS RESULTADO, SON PROYECTOS INTERINSTITUCIONALES EN LOS CUALES EL HRAEV FUNGE COMO REPRESENTANTE O COLABORADOR. LA COLABORACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES EN CONJUNTO ASEGURA RESULTADOS CON MÁS IMPACTO CIENTÍFICO Y SOCIAL, CONTANDO CON LA EXPERIENCIA Y LA VISIÓN DE OTRAS INSTITUCIONES. LOS PROYECTOS EN COLABORACIÓN REALIZADOS SE HAN LOGRADO POR PERSONAL MEDICO OPERATIVO Y POR PERSONAL DIRECTIVO MANDO MEDIO EN INVESTIGACIÓN QUE NO DISPONE DE TIEMPO COMPLETO PARA REALIZAR LABORES DE INVESTIGACIÓN EN EL HRAEV. PARA MANTENER EL INCREMENTO EN LAS COLABORACIONES, ES NECESARIO LA CREACIÓN DE PLAZAS DE INVESTIGADOR PARA PROMOVER EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS INTERINSTITUCIONALES QUE REQUIEREN TIEMPO COMPLETO PARA ASEGURAR SU DESARROLLO EXITOSO.
	V1: Artículos científicos publicados en revistas (I-VII) realizados en colaboración con otras instituciones que desarrollan investigación en el periodo	4		4	6		
	V2: Total de artículos científicos institucionales publicados en revistas (I-VII) en el periodo	6		6	6		
ACTIVIDAD	Promedio de productos por investigador Institucional FÓRMULA: VARIABLE1/ VARIABLE2	2.0		2.0	0.7	ROJO	SE DISMINUYE LA PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA POR INVESTIGADOR DEL SISTEMA INSTITUCIONAL Y DEL SISTEMA NACIONAL, YA QUE SÓLO UN INVESTIGADOR DEL SISTEMA REALIZÓ PRODUCCIÓN CIENTIFICA DE ALTO IMPACTO. EN EL 2016 RECIÉN SE INCORPORÓ UN INVESTIGADOR CON NOMBRAMIENTO EN EL SNI, PERO APENAS ESTÁ DANDO INICIO A LAS ACTIVIDADES DE SU PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, POR LO TANTO, AUN NO CUENTA CON RESULTADOS PARA SU PUBLICACION. CABE MENCIONAR QUE NINGUNO DE LOS INVESTIGADORES DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DEL HRAEV. SON INVESTIGADORES DE TIEMPO COMPLETO. E REQUIERE QUE EL HRAEV CUENTE CON INVESTIGADORES DE TIEMPO COMPLETO, CON PERFIL PARA INGRESAR AL SISTEMA INSTITUCIONAL Y NACIONAL CON EL PROPÓSITO DE INCREMENTAR LA PROMOCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA EN SALUD
	V1: Productos totales producidos	4		4.00	2.00		
	V2: Total de Investigadores institucionales vigentes*	2		2.00	3.00		
ACTIVIDAD	Porcentaje de ocupación de plazas de investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0		100.0	0.0	ROJO	NO SE HA OCUPADO NINGUNA PLAZA PORQUE NO SE HAN CONCEDIDO PLAZAS DE INVESTIGADOR PARA EL HRAEV. POR LO TANTO LA MAYOR PARTE DEL PERSONAL QUE ES INVESTIGADOR PRINCIPAL DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN VIGENTES EN EL HRAEV ES PERSONAL MÉDICO ADSCRITO, ES DECIR NO ES INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO.
	V1: Plazas de investigador ocupadas	2		2	0		
	V2: Plazas de investigador autorizadas	2		2	0		

1/ Sólo reportará los indicadores aplicables al periodo por la institucion
2/ Sólo reportará, este apartado cuando exista una variacion superior al 10.0 por ciento en la meta alcanzada o cualquiera de las variables que integran el indicador al período. Para el informe del cuarto trimestre o cierre del ejercicio fiscal enunciará de manera sintetica las acciones que realizó, comprobables documentalmente cuando proceda, para solucionar la problematica que propició el incumplimiento de la meta.

PP: E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"

Fin y Propósito

COCODI — **PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2015**

Comité de Control y Desempeño Institucional — **INDICADORES DE DESEMPEÑO ESTRATÉGICOS 2016 1/**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

(FIN Y PROPOSITO)

Informe al 4to trimestre de 2016

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN: NBT

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _ DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "B

PP: E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA		
FIN	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	31.6		31.6	30.6	VERDE	Se cumple con el 96.8 de la meta programada, el cumplimiento del indicador se encuentra en semaforización verde. No se alcanzo la meta de las variables debido a que se ha tenido una menor afluencia de pacientes por convenio y debido a que se suspendió temporalmente el convenio con el ISSSTE.
	V1: Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	1,110		1,110	801		
	V2: Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación	3,512		3,512	2,619		
PROPÓSITO	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	93.3		93.3	91.6	VERDE	
	V1: Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	2,025		2,025	1,839		
	V2: Total de egresos hospitalarios	2,170		2,170	2,008		

1/ Sólo reportará los indicadores aplicables al periodo por la institucion

2/ Sólo reportará, este apartado cuando exista una variacion superior al 10.0 por ciento en la meta alcanzada o cualquiera de las variables que integran el indicador al período. Para el informe del cuarto trimestre o cierre del ejercicio fiscal enunciará de manera sintetica las acciones que realizó, comprobables documentalmente cuando proceda, para solucionar la problematica que propició el incumplimiento de la meta.

PP: E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"

Componente y Actividad

COCODI		PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS, CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES 2015					
Comité de Control y Desempeño Institucional		INDICADORES DE GESTION 2016 1/					
		(COMPONENTE Y ACTIVIDAD)					
		Informe al	4to	trimestre de	2016		
CLAVE DE LA INSTITUCIÓN:	NBT						
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	L DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "B						
PP: E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"							

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variacion superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).	
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA		
COMPONENTE	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	85.0		85.0	80.8	VERDE	
	V1: Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	1,020		1,020	956		
	V2: Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados	1,200		1,200	1,183		
COMPONENTE	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.3		90.3	92.1	VERDE	Se cumple con la meta del indicador ya que se alcanzó el 102%. Las variables son superadas ya que durante el último trimestre se contó con una mayor demanda del servicio por parte de la población gracias a las estrategias de difusión en las diferentes instituciones de salud. Se realizaran reuniones con las áreas responsables para realizar una planeación estratégica que permita un mejor establecimiento de metas que refleje los resultados que se están obteniendo y que fomenten el crecimiento del servicio.
	V1: Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	2,574		2,574	3,884		
	V2: Total de sesiones de rehabilitación realizadas	2,850		2,850	4,219		
COMPONENTE	Porcentaje de procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	82.0		82.0	80.0	VERDE	Se alcanza semaforización verde en cumplimiento del indicador y la variable 2 se supera en un 11% debido a que se realizaron un mayor número de procedimientos diagnósticos ya que se ha estado trabajando sin contratiempos en este aspecto. Se realizó ajuste en las metas del 2017 para que se refleje de mejor manera los resultados obtenidos procurando el crecimiento en ésta área de atención.
	V1: Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	7,913		7,913	8,571		
	V2: Total de procedimientos diagnósticos realizados	9,650		9,650	10,712		
COMPONENTE	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	88.0		88.0	92.3	VERDE	Se alcanza semaforización verde en cumplimiento del indicador y la meta de las variables fueron superada gracias a que se ha tenido una alta afluencia y referencia de pacientes oncológicos y a que el área de radioterapia se ha mantenido en condiciones óptimas para su adecuado funcionamiento, garantizando la atención al paciente. Se realizó ajuste en las metas del 2017 para que se refleje de mejor manera los resultados obtenidos procurando el crecimiento en ésta área de atención.
	V1: Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	5,484		5,484	6,970		
	V2: Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados	6,232		6,232	7,552		
COMPONENTE	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	92.0		92.0	85.0	AMARILLO	
	V1: Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	23,000		23,000	21,258		
	V2: Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta) x 100	25,000		25,000	25,000		

COMPONENTE	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	80.0		80.0	80.9	VERDE	
	V1: Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	384		384	378		
	V2: Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados	480		480	467		
COMPONENTE	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	80.0		80.0	84.6	AMARILLO	
	V1: Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	960		960	1,015		
	V2: TTotal de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	1,200		1,200	1,200		
COMPONENTE	Porcentaje de auditorías clínicas incorporadas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0		100.0	300.0	ROJO	Se logró reunir un equipo de trabajo para iniciar y dar seguimiento a los trabajos de tres auditorías clínicas satisfactoriamente, superando la meta que se había estimado. Se realizará un ajuste de metas con las áreas reponsables de cumplimiento de las mismas para que se reflejen de mejor manera los resultados obtenidos y se procure la mejora continúa.
	V1: Número de auditorías clínicas realizadas	1		1	3		
	V2: Número de auditorías clínicas programadas	1		1	1		
COMPONENTE	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	85.0		85.0	79.4	AMARILLO	
	V1: INúmero de días paciente durante el periodo	13,961		13,961	13,846		
	V2: Número de días cama durante el periodo	16,425		16,425	17,430		
COMPONENTE	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	6.4		6.4	6.9	AMARILLO	
	V1: Número de días estancia	13,961		13,961	13,846		
	V2: Total de egresos hospitalarios	2,170		2,170	2,008		
ACTIVIDAD	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	203.2		203.2	378.8	ROJO	Se supera la meta programada del indicador alcanzando semaforización roja. Se ha tenido una menor afluencia de pacientes de primera vez y que acuden sin ninguna referencia. Se tenía un procedimiento incorrecto en la canalización de los pacientes de primera vez. Se ha corregido la meta para el 2017 y se realizó una reingienería en el proceso de captación y atención de los pacientes evitando con esto impacto negativo.
	V1: Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	2,711		2,711	2,701		
	V2: TNúmero de preconsultas otorgadas en el periodo	1,334		1,334	713		
ACTIVIDAD	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	7.6		7.6	5.6	ROJO	El cumplimiento del indicador se encuentra en semáforo rojo, la cantidad de infecciones ha sido menor a lo estimado lo que representa un resultado favorable. Se ha ajustado la meta para el 2017 procurando seguir con una tasa de infección baja.
	V1: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	106		106	77		
	V2: Total de días estancia en el periodo de reporte	13,961		13,961	13,846		

1/ Sólo reportará los indicadores aplicables al periodo por la institucion

2/ Sólo reportará, este apartado cuando exista una variacion superior al 10.0 por ciento en la meta alcanzada o cualquiera de las variables que integran el indicador al período. Para el informe del cuarto trimestre o cierre del ejercicio fiscal enunciará de manera sintetica las acciones que realizó, comprobables documentalmente cuando proceda, para solucionar la problematica que propició el incumplimiento de la meta.

a (2). Cumplimiento de la Ley de Adquisiciones y Servicios del Sector Público

CONCEPTO		PRESUPUESTO ANUAL AUTORIZADO	PRESUPUESTO ANUAL EJERCIDO	CONTRATACIONES FORMALIZADAS CON CONTRATO FIRMADO							
				ENTRE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES	ARTÍCULO 42		ARTÍCULO 41				LICITACIÓN PÚBLICA
CLAVE	DESCRIPCIÓN	(Incluye modificaciones, en su caso)	(Incluye modificaciones, en su caso)	(Párrafo quinto del art. 1 de la Ley)	ADJUDICACIÓN DIRECTA	INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS	PATENTE I	COSTOS ADICIONALES III	MARCA DETERMINADA VIII	OTROS II, IV a VII y IX a XIII	(Arts. 26, 26 Bis y 28 de la Ley)
	CAPÍTULO 2000 - MATERIALES Y SUMINISTROS		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)
2100	Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales	3,327,229	4,769,235		1,719,422						3,049,614
2200	Alimentos y Utensilios	1,748,114	1,703,394		703,394	1,000,000					
2300	Materias Primas y Materiales de Producción y Comercialización		0								
2400	Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación	11,962	0								
2500	Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio	45,994,263	50,141,045		9,015,493				2,716,559	1,593,467	36,815,526
2600	Combustibles, Lubricantes y Aditivos	417,459	382,215		382,215						
2700	Vestuario, Blancos, Prendas de Protección y Artículos Deportivos	2,127,746	1,972,533		456,561						1,515,972
2900	Herramientas, Refacciones y Accesorios Menores	1,207,132	993,430		990,074				48,596		
	CAPÍTULO 3000 - SERVICIOS GENERALES (Excepto el Concepto 3900)										
3100	Servicios Básicos	11,775,449	15,027,584	10,177,108	82,476						5,568,000
3200	Servicios de Arrendamiento	11,385,752	12,796,838		59,450				12,737,388		
3300	Servicios Profesionales, Científicos, Técnicos y Otros Servicios	361,453,455	327,187,920		14,311,840	657,720	131,100		87,000	11,733,531	300,266,729
3400	Servicios Financieros, Bancarios y Comerciales	445,763	6,488,190		6,204,124		284,066				
3500	Servicios de Instalación, Reparación, Mantenimiento y Conservación	44,967,452	40,843,122		439,922		26,030,349				14,372,851
3600	Servicios de Comunicación Social y Publicidad	7,680	0								
3700	Servicios de Traslado y Viáticos (Excepto las partidas 375 a 379)	3,668,941	0								
3800	Servicios Oficiales	761,743	1,303,829		1,303,829						
3900	Otros servicios generales	4,990,214	0								
	TOTAL	**494,218,287**	**464,414,532**	**10,177,108**	**35,624,899**	**1,657,720**	**26,445,515**	**0**	**15,589,500**	**13,327,199**	**361,592,591**
			(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)

- Los incrementos en las cantidades, conforme al artículo 52 de la Ley, se incluirán en la columna que corresponda al contrato original que se haga modificado.
- Las contrataciones que se realicen por la rescisión de contratos (art. 41 fracc. VI de la Ley), se adicionarán en la columna H y se restará de lo que corresponda al contrato rescindido.

Nota: Podrán considerarse o excluirse otras partidas, de existir particularidades que así lo justifiquen.

Porcentaje de contrataciones formalizadas conforme al artículo 42 de la Ley = $\frac{C + D \times 100}{A}$ = $\frac{35,624,899+1,657,720*100}{464,414,532}$ = **8.02%** que será igual o menor a 30%

Porcentaje restante integrado por = $\frac{B+E+F+G+H+I \times 100\%}{A}$ = $\frac{10,177,108+26,445,515+15,589,500+13,327,199+361,592,591*100}{464,414,532}$ = **91.97%** que será mayor o igual a 70 %

Página 1

b. Proyectos de Inversión Pública

A finales del mes de Noviembre y principios de Diciembre se logró incluir en el Sistema de Mecanismos de Planeación 3 Proyectos de Inversión, los cuales se enlistan a continuación.

1.- Construcción y Equipamiento de una Unidad PET/CT- Ciclotrón en Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria.

2.-Implementación de Banco de Progenitores Hematopoyéticos Creación del Hospital Regional de Alta Especialidad "Bicentenario 2010" de Ciudad Victoria.

3.-Ampliación de la Capacidad del servicio de Radioterapia.

Los 3 PI se encuentran aun en gestión a través de Mecanismos de Planeación, actualmente se actualizan de acuerdo a solicitud de información que solicita la CCINSHAE a petición de la SHCP, aun no sabemos si se concretaran los 3 PI, sin embargo se gestiona para su inclusión en el año 2018.

c. Pasivos Contingentes

No se recibió información

d. Plan Institucional de Tecnologías de Información

No se recibió información

VIII.- Programas con Padrones de Beneficiarios

No Aplica

IX.- Seguimiento al Informe Anual del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés

Con fecha 1 de Febrero del 2017, se envía a la Unidad Especializada en Ética y Prevención de Conflictos de Interés, el Informe Anual de Actividades del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", cumpliendo con ello, en tiempo y en forma con la entrega del Informe Anual 2016 en materia de cumplimiento del Plan de Trabajo del CEPCI Victoria, el cual sesionó 4 Reuniones Ordinarias y 6 Reuniones Extraordinarias, Determinó los lineamientos del funcionamiento del CEPCI, diseño una cuenta de correo electrónico para recepción de las delaciones ante el Comité, elaboro Procesos de recepción de quejas, indicadores de medición, se actualizó el Código de Conducta del HRAEV, se brindó por parte del OIC una capacitación a los servidores públicos del HRAEV en materia de Ética y Prevención de Conflictos de Interés y se evaluó el Código de Conducta a través de la encuesta ECCO que se aplico en el mes de Noviembre del 2016, los resultados aún están pendientes.

Se recibió a través del proceso establecido una delación en contra de un servidor público del HRAEV, la cual se atendió en tiempo y forma y se informó de los resultados de dicha investigación al Director General y al OIC, tal como lo señala los Lineamientos del CEPCI.

X.- Seguimiento al establecimiento y Actualización del Sistema de Control Interno Institucional

a.- Informe Anual

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

"2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

Cd. Victoria, Tamaulipas a de 26 Enero del 2016
Referencia: HRAEV/DAF/015-2016

Asunto: Informe que guarda el Sistema de Control Interno Institucional
C.A.5.C.1

MTRA. ARELY GÓMEZ GONZALEZ
Titular de la Secretaria de la Función Pública
P r e s e n t e:

De manera respetuosa y en cumplimiento con el numeral 13 de las Disposiciones en materia de Control Interno, Sección II publicadas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 3 de Noviembre del 2016, me permito enviar a Usted el **Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010", con corte al 31 de Diciembre del 2016**, conforme a la siguiente información.

I.-ASPECTOS RELEVANTES DERIVADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS SCII.-

A) La institución presenta un cumplimiento general del 97.3% de los elementos de control

En lo que respecta al cumplimiento por Norma, los resultados fueron: 100% de la Primera Norma "Ambiente de Control; 90% de la Segunda Norma "Administración de Riesgos"; 96.4% de la Tercer Norma "Actividades de Control"; 100% de Cuarta Norma "Informar y Comunicar" y 100% de la Quinta Norma "Supervisión y Mejora Continua".

B) Los elementos de Control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación por norma general de Control Interno los resultados fueron: 75% de la Primera Norma "Ambiente de Control";75% de la Segunda Norma "Administración de Riesgos";66.7% de la Tercer Norma "Actividades de Control", 70.5% de Cuarta Norma "Informar y Comunicar"; 67.8% de la Quinta Norma "Supervisión y Mejora Continua".

C) Los elementos de Control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación norma general de Control Interno.

Se presenta como inexistente el elemento 12 del Proceso Prioritario Sustantivo ***Otorgamiento de Consulta Externa***; en relación a *"Proceso acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales"*

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas
Tel: (834) 153 61 00ext 1321

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

"2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

Se presenta como inexistente el elemento 13 del Proceso Prioritario Sustantivo ***Otorgamiento de Consulta Externa***; en relación a *"Selección y desarrollo de actividades de control que ayudan a dar respuesta o reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC´s"*

Se presenta como inexistente el elemento 12 del Proceso Prioritario Sustantivo ***Otorgamiento de Atención Medica en Admisión Continua***; en relación a *"Proceso acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales"*

Se presenta como inexistente el elemento 13 del Proceso Prioritario Sustantivo; ***Otorgamiento de Atención Medica en Admisión Continua*** en relación a *"Selección y desarrollo de actividades de control que ayudan a dar respuesta o reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC´s"*

D) La institución tiene como áreas de oportunidad para mejora de control Interno por nivel:

El elemento 13 presenta debilidad en su cumplimentoconvirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 46.7%.

El elemento 12 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 60%.

El elemento 1 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 66.7%.

El elemento 7 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 66.7%.

El elemento 8 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 66.7%.

De los resultados de la encuesta, se destaca que el Hospital ha implementado un proceso continuo y un ambiente de control interno, que requiere evaluación y mejora periódica para lograr que sea consistente de acuerdo a la etapa de consolidación de los servicios de Alta Especialidad que en los próximos meses llevara a cabo.

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas
Tel: (834) 153 61 00ext 1321

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

"2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

II.-RESULTADOS RELEVANTES ALCANZADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA COMPROMETIDAS EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR EN RELACIÓN CON LOS ESPERADOS.-

De conformidad con las Disposiciones de Control Interno, el HRAEV, esta entidad ha desarrollado su sexta evaluación anual del sistema de Control Interno con corte al 31 de Diciembre del 2016, por lo que se considera en proceso de mejora continua. Por lo que su mayoría se han atendido las acciones establecidas en el Programa de Control Interno de años anteriores, dando atención a las debilidades detectadas en las evaluaciones correspondientes.

Reconociendo elementos de control que aún se encuentran débiles y que requieren atención constante e inmediata de tal manera que la evaluación actual nos permite determinar áreas de oportunidad que debemos mejorar. En consecuencia al establecer compromiso a desarrollar a través del Programa de Trabajo de Control Interno que nos comprometemos a ejecutar en el presente año, nos permitirá seguir mejorando el sistema de control Interno Institucional que es un herramienta valiosa, necesaria y obligatoria en esta institución, por lo que nuestro propósito es alcanzar una mejora aceptable y continua para mejorar los servicios de salud en la población así como los objetivos y metas para los que fue creado esta Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010".

III.-COMPROMISO DE CUMPLIR EN TIEMPO Y FORMA LAS ACCIONES DE MEJORA COMPROMETIDAS EN EL PTCI.-

Como titular del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010", reitero mi compromiso de continuar con la implementación de las medidas para mejorar el Sistema de Control Interno Institucional y mejorar los mecanismos de autocontrol que rijan el desempeño diario de los servidores públicos que laboren en el hospital. Así como asegurar que el programa de trabajo de Control Interno se lleve a cabo dentro de la fecha programada.

ATENTAMENTE

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRÍGUEZ
Director General del
Hospital Regional de Alta Especialidad
de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010"

C.c.p. C.P. Jorge Erasmo Reyna Acevedo.- Titular del Órgano Interno de Control del HRAEV.
Archivo

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas
Tel: (834) 153 61 00ext 1321

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010

Informe Anual del Estado que Guarda el SCII

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;

La institución presenta un cumplimiento general del 97.3% de los elementos de control

En lo que respecta al cumplimiento por Norma, los resultados fueron: 100% de la Primera Norma "Ambiente de Control; 90% de la Segunda Norma "Administración de Riesgos"; 96.4% de la Tercer Norma "Actividades de Control"; 100% de Cuarta Norma "Informar y Comunicar" y 100% de la Quinta Norma "Supervisión y Mejora Continua".

b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;

los resultados fueron: 75% de la Primera Norma "Ambiente de Control";75% de la Segunda Norma "Administración de Riesgos";66.7% de la Tercer Norma "Actividades de Control", 70.5% de Cuarta Norma "Informar y Comunicar"; 67.8% de la Quinta Norma "Supervisión y Mejora Continua".

c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno;

d) Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;

El elemento 13 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 46.7%.

El elemento 12 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 60%.

El elemento 1 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 66.7%.

El elemento 7 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 66.7%.

El elemento 8 presenta debilidad en su cumplimento convirtiéndose en área de oportunidad por encontrarse en un porcentaje de cumplimento del 66.7%.

De los resultados de la encuesta, se destaca que el Hospital ha implementado un proceso continuo y un ambiente de control interno, que requiere evaluación y mejora periódica para lograr que sea consistente de acuerdo a la etapa de consolidación de los servicios de Alta Especialidad que en los próximos meses llevara a cabo.

II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en

su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior;

De conformidad con las Disposiciones de Control Interno, el HRAEV, esta entidad ha desarrollado su sexta evaluación anual del sistema de Control Interno con corte al 31 de Diciembre del 2016, por lo que se considera en proceso de mejora continua. Por lo que su mayoría se han atendido las acciones establecidas en el Programa de Control Interno de años anteriores, dando atención a las debilidades detectadas en las evaluaciones correspondientes.

Reconociendo elementos de control que aún se encuentran débiles y que requieren atención constante e inmediata de tal manera que la evaluación actual nos permite determinar áreas de oportunidad que debemos mejorar. En consecuencia al establecer compromiso a desarrollar a través del Programa de Trabajo de Control Interno que nos comprometemos a ejecutar en el presente año, nos permitirá seguir mejorando el sistema de control Interno Institucional que es un herramienta valiosa, necesaria y obligatoria en esta institución, por lo que nuestro propósito es alcanzar una mejora aceptable y continua para mejorar los servicios de salud en la población así como los objetivos y metas para los que fue creado esta Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010"

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI.

Como titular del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010", reitero mi compromiso de continuar con la implementación de las medidas para mejorar el Sistema de Control Interno Institucional y mejorar los mecanismos de autocontrol que rijan el desempeño diario de los servidores públicos que laboren en el hospital. Así como asegurar que el programa de trabajo de Control Interno se lleve a cabo dentro de la fecha programada.

A T E N T A M E N T E

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010

a. PTCI

31/1/2017 PTCI

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010

Programa de Trabajo de Control Interno

NGCI	No.	Elemento de Control	% Cumplimiento SI / No	% Cumplimiento con base en la Evidencia	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
PRIMERA	1	Los servidores públicos de la Institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales (Institucional);	100.0	66.7	Institucional	1	Se continuará reforzando la difusión de la misión, visión y objetivos hacia el interior del hospital, redes sociales, página web oficial y protectores de pantalla.	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	ligas electrónicas, impresión de pantalla.
PRIMERA	2	Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento (Institucional);	100.0	100.0	Institucional	2	Se estará enviando a todos los responsables del cumplimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados, sus metas y objetivos, de manera trimestral a través de correos electrónicos, se estará publicando las carpetas de junta de gobierno de Dirección General en la pagina web oficial del Hospital.	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	correos electrónicos, li electrónica de página web, actas minutas.
PRIMERA	3	La institución cuenta con un Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés formalmente establecido para difundir y evaluar el cumplimiento del Código de Ética y de Conducta; se cumplen con las reglas de integridad para el ejercicio de la función pública y sus lineamientos generales (Institucional);	100.0	100.0	Institucional	3	Se cuenta con un Comite de Etica y Prevenciòn de Conflictos de Interes formalmente establecido	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	Actas minutas.
PRIMERA	4	Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados (Institucional);	100.0	100.0	Institucional	4	Se aplica en el mes de Noviembre la encuesta de clima Organizacional en el mes de Noviembre.	01-11-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	Resultados de encuesta ECCO
PRIMERA	5	La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos;	100.0	73.3	PP1	5	El Manual de Organizaciòn Especifico se actualizara y se sometera a junta de gobierno para su aprobaciòn	01-03-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Actas de junta de gobierno y Manual de Organizaciòn Especifico
PRIMERA	6	Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos (Institucional);	100.0	100.0	Institucional	6	El Manual de Organizaciòn Especifico se actualizara y se sometera a junta de gobierno para su aprobaciòn	01-03-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	Actas de junta de gobierno y Manual de Organizaciòn Especifico
PRIMERA	7	El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas	100.0	66.7								

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.sci 1/6

31/1/2017 PTCI

Programa de Trabajo de Control Interno

NGCI	No.		% Cumplimiento Si / No	% Cumplimiento con base en la Evidencia	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
		institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y			PP1	7	El Manual de Organización Específico se actualizará y se someterá a junta de gobierno para su aprobación. Se actualizará el Manual de Procedimientos del Hospital para enviarlo a opinión favorable por DGPOP	01-03-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Actas de junta de gobierno y Manual de Organización Específico y Manual de Procedimientos del Hospital, se encontraran publicados en l pagina web del Hospital, se anexara liga electrónica.
PRIMERA	8	Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.	100.0	66.7	PP1	8	Se estara llevando a efecto el control por cada proceso prioritario seleccionado con cada uno de los Responsables del mismo, para actualizarlo de manera trimestral ante COCODI.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Actas de COCODI, publicadas en página web del Hospital, se anexara liga electrónica.
SEGUNDA	9	Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control;	100.0	80.0	PP1	9	Se estará reportando de manera trimestral ante COCODI, asi mismo se actualizara conforme a las necesidades del Hospital.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Actas de COCODI, publicadas en página web del Hospital, se anexara liga electrónica.
SEGUNDA	10	Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y estas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;	100.0	80.0	PP1	10	Se realizara control interno con los responsables del cumplimiento de metas y objetivos a través de la MIR 2017, para llevar un mejor resultado de los indicadores.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Matriz de Indicadores pa Resultados, se publicarán en pagina web po lo que se anexara liga electrónica.
SEGUNDA	11	Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos;	100.0	80.0	PP1	11	Se elaborará el procedimiento para establecer la obligatoriedad de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Se incluirá en e Manual de Procedimiento el cual se publicara en página web se anexara liga electrónica.
SEGUNDA	12	Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.	60.0	60.0	PP1	12	Se difundirá a través de lenguaje común en redes sociales pagina web, información para prevenir actos de corrupció, abusos y fraudes.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Protectoras de pantalla, redes sociales y pagi web se anexar liga electrónic
TERCERA	13	Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC´s;	60.0	46.7	PP4	13	Se estará revisando avances sobre sistemas de información consulta externa y admisión continua	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE OPERACIONES	DR ARTURO MARTINEZ PEREZ	avances en los reportes del SAEH y Matriz Indicadores pa resultados.
TERCERA	14	Se encuentran claramente definidas las	100.0	76.7								

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.sci 2/6

31/1/2017 PTCI

Programa de Trabajo de Control Interno

NGCI	No.	actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;	% Cumplimiento SI / No	% Cumplimiento con base en la Evidencia	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
					PP2	14	Se estará actualizando el Plan de Trabajo Anual en Investigación, Programa Anual de Capacitación	01-02-2017	31-12-2017	SUBDIRECCION DIRECCION DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA	DRA ARANI CASILLAS RAMIREZ	Programa Anu de Trabajo, Programa de Anual de Capacitación.
TERCERA	15	Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales;	100.0	76.7	PP5	15	Se estará llevando control mensual de la variación de los resultados de la Matriz de Indicadores para Resultados, los cuales se enviarán a cada responsable del cumplimiento de los mismos para retroalimentación.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DRA MARIA ESTHER TRABADO LOPEZ	Matriz de Indicadores pa Resultados de los 3 programa presupuestario
TERCERA	16	Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;	100.0	70.0	PP1	16	Se continuará aplicando encuestas de salida de satisfacción a los usuarios en las áreas de consulta externa y hospitalización	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Matriz de Indicadores pa Resultados del Programa presupuestario E023.
TERCERA	17	Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;	100.0	66.7	PP3	17	Se dará atención a las diferentes auditorías realizadas en el Programa presupuestario E010.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE ENSEÑANZA PLANEACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	DR DANIEL SANCHEZ MINOJOSA	Auditorías realizadas por OIC.
TERCERA	18	Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;	100.0	66.7	PP3	18	Se estará actualizando las diferentes herramientas para el control interno del cumplimiento del programa presupuestario E010.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE ENSEÑANZA PLANEACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	DR DANIEL SANCHEZ MINOJOSA	Resultados de MIR E010
TERCERA	19	Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;	100.0	66.7	PP3	19	Se estará actualizando las diferentes herramientas para el control interno del cumplimiento del programa presupuestario E010.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE ENSEÑANZA PLANEACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	DR DANIEL SANCHEZ MINOJOSA	Resultados de MIR E010
TERCERA	20	Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;	100.0	70.0	PP1	20	Se dará seguimiento a las sesiones del COCASEP	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Actas Minutas del COCASEP e resguardo en Gestoría de Calidad.
TERCERA	21	Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's;	100.0	66.7	PP1	21	Se solicitara las acciones en materia de TICS en materia de control interno	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Manuales de Aplicación General.
TERCERA	22	Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y	100.0	66.7								

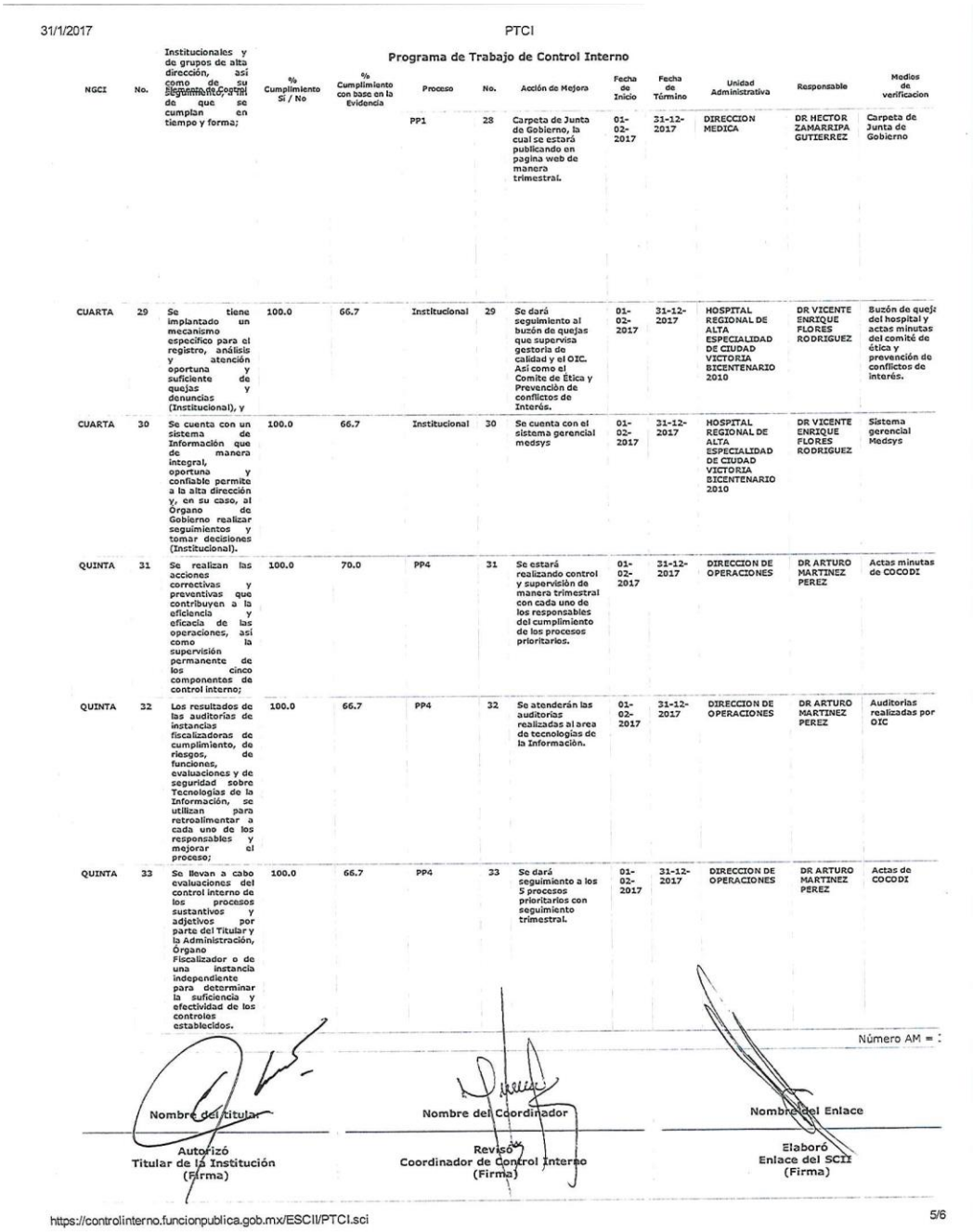
https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.sci 3/6

31/1/2017 PTCI

Programa de Trabajo de Control Interno

NGCI	No.	Elemento de Control	% Cumplimiento SI / No	% Cumplimiento con base en la Evidencia	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
		tecnológicos que se requieren;			PP1	22	Se solicitara las acciones en materia de TICS Manual de Aplicaciòn General.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Manuales de Aplicaciòn General.
TERCERA	23	En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TICs, y	100.0	60.0	PP1	23	Se solicitara las acciones en materia de TICS Manual de Aplicaciòn General.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Manuales de Aplicaciòn General.
TERCERA	24	Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC´s y con la seguridad de la información (Institucional TICs).	100.0	66.7	Institucional	24	Se solicitara las acciones en materia de Estrategia Digital Nacional a TIC	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	Manuales de TICS
CUARTA	25	Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, suficiente, oportuna, valida, verificable), de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;	100.0	66.7	PP1	25	Se generan reportes a partir del sistema gerencial Medsys	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Sistema Medsy
CUARTA	26	Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;	100.0	76.7	PP1	26	Se estará publicando de manera trimestral la carpeta de Junta de Gobierno para difusiòn.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Carpeta de Junta de Gobierno de la Direcciòn General.
CUARTA	27	Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;	100.0	70.0	PP1	27	Se cuenta con el sistema compaq y SICOP	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Sistema Compa y SICOP utiliza en Finanzas.
CUARTA	28	Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, de Comités	100.0	70.0								

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.sci 4/6



31/1/2017 PTCI

Programa de Trabajo de Control Interno

NGCI	No.	Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, y la de que se cumplan en tiempo y forma;	% Cumplimiento Si / No	% Cumplimiento con base en la Evidencia	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
					PP1	28	Carpeta de Junta de Gobierno, la cual se estará publicando on pagina web de manera trimestral.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Carpeta de Junta de Gobierno
CUARTA	29	Se tiene implantado un mecanismo especifico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional), y	100.0	66.7	Institucional	29	Se dará seguimiento al buzón de quejas que supervisa gestoria de calidad y el OIC. Así como el Comite de Ética y Prevención de conflictos de Interés.	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	Buzón de queja del hospital y actas minutas del comité de ética y prevención de conflictos de interés.
CUARTA	30	Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Organo de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).	100.0	66.7	Institucional	30	Se cuenta con el sistema gerencial medsys	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010	DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ	Sistema gerencial Medsys
QUINTA	31	Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los cinco componentes de control interno;	100.0	70.0	PP4	31	Se estará realizando control y supervisión de manera trimestral con cada uno de los responsables del cumplimiento de los procesos prioritarios.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE OPERACIONES	DR ARTURO MARTINEZ PEREZ	Actas minutas de COCODI
QUINTA	32	Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso;	100.0	66.7	PP4	32	Se atenderán las auditorías realizadas al area de tecnologías de la Información.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE OPERACIONES	DR ARTURO MARTINEZ PEREZ	Auditorias realizadas por OIC
QUINTA	33	Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y adjetivos por parte del Titular y la Administración, Órgano Fiscalizador o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.	100.0	66.7	PP4	33	Se dará seguimiento a los 5 procesos prioritarios con seguimiento trimestral.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE OPERACIONES	DR ARTURO MARTINEZ PEREZ	Actas de COCODI

Número AM = 1

Nombre del Titular
Autorizó
Titular de la Institución
(Firma)

Nombre del Coordinador
Revisó
Coordinador de Control Interno
(Firma)

Nombre del Enlace
Elaboró
Enlace del SCII
(Firma)

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.sci 5/6

a. Informe de Resultados del Titular del Órgano Fiscalizador Derivado de la Evaluación del Informe Anual (Presentación en la Primera Sesión Ordinaria)

ORGANO INTERNO DE CONTROL

SFP

- ACUSE -

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

Ciudad Victoria Tam. a 06 de Enero de 2017.
Oficio OIC/HRAEV/003/2017.
Asunto: Verificación reporte trimestral PTCI.

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA"BICENTENARIO 2010"
Presente.-

En atención a las disposiciones en materia de control interno vigentes hasta el 03 de Noviembre de 2016, numeral 33, fracciones I y II, me permito enviar a usted, el **"Informe de verificación del reporte trimestral de avances del PTCI"**, del tercer trimestre de 2016, de acuerdo a lo siguiente:

I.- Con fecha 08 de Noviembre del presente año, se recibió en este Órgano Interno de Control, mediante correo electrónico, reporte en formato de Excel, mediante el cual se informan los avances en las acciones del Programa de Trabajo en la materia para el ejercicio 2015-2016.

II.- A efecto de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en relación con el reporte de avances trimestrales correspondientes al periodo Julio-Septiembre de 2016, este Órgano Interno de Control procedió a la verificación del mismo, obteniendo los siguientes resultados:

1.- En cuanto a lo establecido en el numeral 31 de las disposiciones de control interno, no se cumplió lo establecido en el inciso a) respecto a la oportunidad del mismo. Sin embargo se dio por atendido el inciso b), al ser presentado dicho reporte en la cuarta sesión ordinaria del 2016 del Comité.

2.- En lo que corresponde al cumplimiento de los requisitos del reporte establecidos en el numeral 31, incisos I, II y III, se da cumplimiento de manera general, sin embargo se recomienda informar más claramente y con mayor precisión, la conclusión general de cada acción, los resultados obtenidos en relación con lo esperado e informar más claramente la problemática que se tiene, en su caso, con relación a las acciones que aún no se han cumplido.

3.- En cuanto al avance de acciones comprometidas para lograr mantener o mejorar la eficiencia del control interno institucional, se pudo observar que 40 elementos de control interno detallados en la cédula anexa, se reportan cumplidos pero no se indica claramente las acciones desarrolladas de cómo se cumplieron. Por otra parte 56 elementos de control, no señalan los resultados finales obtenidos con las acciones ejecutadas.

4.- Dos elementos de control interno, no tienen avances de cumplimiento, no se indica como problemática existente sobre la realización de encuestas de clima organizacional, las cuales se programaron para el mes de Noviembre, por lo que su cumplimiento se debe asegurar por la actuación del área de Recursos Humanos.

5.- Del total de los elementos de control, tanto con avances como cumplidos, no se señala la evidencia documental que demuestra su cumplimiento.

III.- No se cuenta con un portafolio o expediente de evidencias, que sean suficientes, competentes, relevantes y pertinentes, conforme establece el numeral 32 de las Disposiciones de Control Interno, por parte de las áreas responsables, de tal manera que demuestren el cumplimiento de las acciones comprometidas y permitan la verificación por parte del Órgano Interno de Control. A pesar de ello, en algunos de los casos, se tiene conocimiento de su realización, lo cual permite conocer que efectivamente se llevaron a cabo.

Por lo ya expuesto, este Órgano Interno de Control, con fundamento en el artículo 79, fracción VIII del Reglamento Interno de la Secretaría de la Función Pública, además con base a lo establecido en las Disposiciones en materia de Control Interno vigentes, emite las siguientes recomendaciones, a efectos de promover y colaborar en la mejora y permanencia del sistema de control interno institucional:

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas

ORGANO INTERNO DE CONTROL

1.- Asegurarse de haber cumplido debidamente y de manera oportuna, cada una de las acciones establecidas en el Programa de Trabajo de Control Interno del ejercicio 2015-2016.

2.- Informar con mayor claridad precisión, la conclusión general de cada acción, la problemática existente, el resultado de las acciones cumplidas en relación con lo esperado.

3.- Mantener en el reporte, por lo menos las últimas acciones realizadas con las cuales se cumplió la mejora de cada elemento de control interno.

4.- Informar el nombre o descripción de la evidencia documental y el área responsable que la mantiene en archivo a efectos de demostrar su cumplimiento y facilitar la verificación del Órgano Interno de Control.

5.- Analizar las disposiciones en materia de control interno, publicadas el 03 de Noviembre de 2016, a efectos de asegurarse de cumplir con todas las etapas de evaluación, programación y cumplimiento de acciones, considerando las modificaciones sobre dichas normas y de las cuales se les previno mediante oficio OIC/HRAEV/182/2016 fechado el 19 de Diciembre de 2016.

En espera que lo señalado y recomendado se tome en cuenta para fortalecer y mantener funcionando de manera eficiente el sistema de control interno institucional, de acuerdo a las disposiciones vigentes, aprovecho para manifestarle la mejor disposición de un servidor como responsable de esta instancia, a efectos de seguir colaborando con usted y con el personal responsable de las áreas sustantivas, para lograr este objetivo normativo y que también impulse el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales y del noble sector en el que participamos.

ATENTAMENTE

CP Jorge Erasmo Reyna Acevedo
Titular del Órgano Interno de Control

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CD. VICTORIA BICENTENARIO 2010 — 06 ENE 2017 — RECIBIDO — DIRECCION GENERAL

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD SECRETARIA DE SALUD VICTORIA BICENTENARIO 2010 — 12:14 — 06 ENE 2017 — RECIBIDO — DIRECCION DE ADMINISTRACION FINANZAS

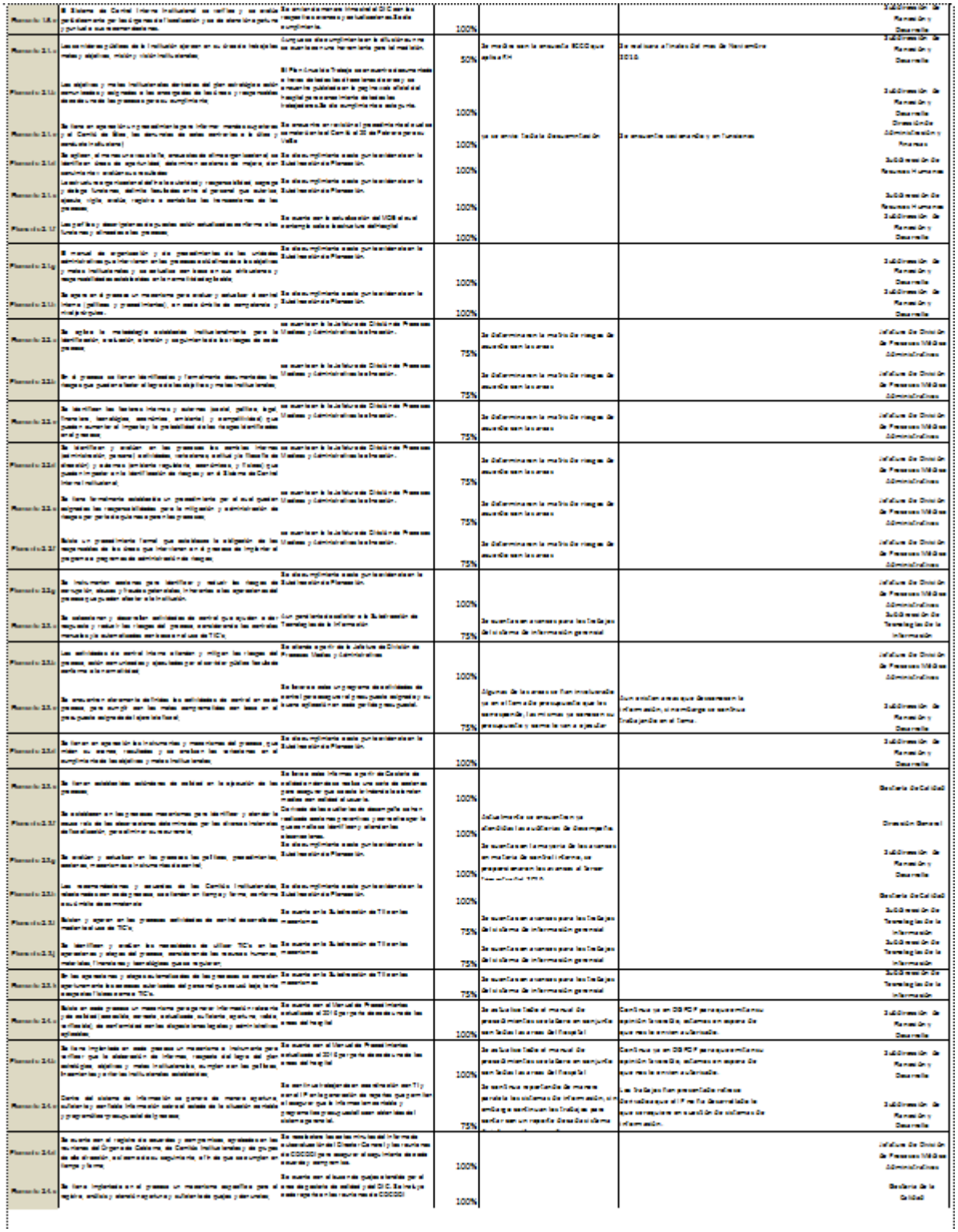
Recibí 06/01/17 12:12 pm

ccp. CP José Rafael Cuellar Romero. Director de Administración y Finanzas y Coordinador de Control Interno del HRAEV.
Dr. Domingo Vargas González. Director de Planeación, Enseñanza e Inv. y Enlace de Control Interno del HRAEV.
Dr. Arturo Rosales Guerra. Sub director de planeación y Enlace de Funcionamiento del COCODI del HRAEV.
Lic. Yessenia E. Alvarez Treviño. Jefe de División de Procesos y Enlace de Riesgos del HRAEV.

b. Reporte de Avances Trimestral

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"
PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO
AVANCES AL 1er TRIMESTRE 2016

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	% de Cumplimiento	Avance	Principal problemática	RESULTADO OBTENIDO	AREA RESPONSABLE
Elemento 1.1.a	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
	Código de Ética Institucional	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de [illegible]
	Código de Conducta Institucional	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de [illegible]
	Difusión de los Códigos de Ética y Conducta al personal de la Entidad	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de [illegible]
	Evaluación del apego a los Códigos de Ética y Conducta Institucionales	[illegible]	0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de [illegible]
	[illegible]	[illegible]	0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de [illegible]
	Comité de Ética Institucional	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de [illegible]
Elemento 1.1.b	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	[illegible]
Elemento 1.1.c	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
	Indicadores de Control Interno	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.1.d	[illegible]	[illegible]	90%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.1.e	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Jefatura de [illegible]
Elemento 1.1.f	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.2.a	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]		[illegible]	Jefatura de [illegible]
Elemento 1.2.b	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]		[illegible]	Jefatura de [illegible]
Elemento 1.2.c	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.3.a	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]		[illegible]	Jefatura de [illegible]
Elemento 1.3.b	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	[illegible]
Elemento 1.3.c	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	[illegible]
Elemento 1.3.d	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]		[illegible]	Subdirección de [illegible]
Elemento 1.4.a	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Subdirección de [illegible]
Elemento 1.4.b	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.4.c	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.4.d	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	[illegible]
Elemento 1.5.a	[illegible]	[illegible]	100%			[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
Elemento 1.5.b	[illegible]	[illegible]	100%				Subdirección de Planeación y Desarrollo



[illegible]	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]	[illegible]	Jefatura de Procesos Informáticos y de Comunicaciones
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	Dirección General
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Planeación y Desarrollo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	Subdirección de Planeación y Desarrollo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Planeación y Desarrollo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	Jefatura de División de Procesos Médicos Administrativos
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	Dirección de Administración y Finanzas
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	75%	[illegible]		
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	[illegible]		Subdirección de Planeación y Desarrollo
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%			Subdirección de Tecnologías de la Información
	Total 03					

C.P. JOSE RAFAEL CUELLAR ROMERO
COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

DR. DOMINGO VARGAS GONZALEZ
ENLACE DE CONTROL INTERNO

DR. VICENTE E. FLORES RODRIGUEZ
TITULAR DE LA UNIDAD

c. Aspectos Relevantes del Informe de verificación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral de PTCI.

ORGANO INTERNO DE CONTROL

SFP

- ACUSE -

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

Ciudad Victoria Tam. a 06 de Enero de 2017.
Oficio OIC/HRAEV/003/2017.
Asunto: Verificación reporte trimestral PTCI.

06/01/17

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA"BICENTENARIO 2010"
Presente.-

En atención a las disposiciones en materia de control interno vigentes hasta el 03 de Noviembre de 2016, numeral 33, fracciones I y II, me permito enviar a usted, el **"Informe de verificación del reporte trimestral de avances del PTCI"**, del tercer trimestre de 2016, de acuerdo a lo siguiente:

I.- Con fecha 08 de Noviembre del presente año, se recibió en este Órgano Interno de Control, mediante correo electrónico, reporte en formato de Excel, mediante el cual se informan los avances en las acciones del Programa de Trabajo en la materia para el ejercicio 2015-2016.

II.- A efecto de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en relación con el reporte de avances trimestrales correspondientes al periodo Julio-Septiembre de 2016, este Órgano Interno de Control procedió a la verificación del mismo, obteniendo los siguientes resultados:

1.- En cuanto a lo establecido en el numeral 31 de las disposiciones de control interno, no se cumplió lo establecido en el inciso a) respecto a la oportunidad del mismo. Sin embargo se dio por atendido el inciso b), al ser presentado dicho reporte en la cuarta sesión ordinaria del 2016 del Comité.

2.- En lo que corresponde al cumplimiento de los requisitos del reporte establecidos en el numeral 31, incisos I, II y III, se da cumplimiento de manera general, sin embargo se recomienda informar más claramente y con mayor precisión, la conclusión general de cada acción, los resultados obtenidos en relación con lo esperado e informar más claramente la problemática que se tiene, en su caso, con relación a las acciones que aún no se han cumplido.

3.- En cuanto al avance de acciones comprometidas para lograr mantener o mejorar la eficiencia del control interno institucional, se pudo observar que 40 elementos de control interno detallados en la cédula anexa, se reportan cumplidos pero no se indica claramente las acciones desarrolladas de cómo se cumplieron. Por otra parte 56 elementos de control, no señalan los resultados finales obtenidos con las acciones ejecutadas.

4.- Dos elementos de control interno, no tienen avances de cumplimiento, no se indica como problemática existente sobre la realización de encuestas de clima organizacional, las cuales se programaron para el mes de Noviembre, por lo que su cumplimiento se debe asegurar por la actuación del área de Recursos Humanos.

5.- Del total de los elementos de control, tanto con avances como cumplidos, no se señala la evidencia documental que demuestra su cumplimiento.

III.- No se cuenta con un portafolio o expediente de evidencias, que sean suficientes, competentes, relevantes y pertinentes, conforme establece el numeral 32 de las Disposiciones de Control Interno, por parte de las áreas responsables, de tal manera que demuestren el cumplimiento de las acciones comprometidas y permitan la verificación por parte del Órgano Interno de Control. A pesar de ello, en algunos de los casos, se tiene conocimiento de su realización, lo cual permite conocer que efectivamente se llevaron a cabo.

Por lo ya expuesto, este Órgano Interno de Control, con fundamento en el artículo 79, fracción VIII del Reglamento Interno de la Secretaría de la Función Pública, además con base a lo establecido en las Disposiciones en materia de Control Interno vigentes, emite las siguientes recomendaciones, a efectos de promover y colaborar en la mejora y permanencia del sistema de control interno institucional:

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas

ORGANO INTERNO DE CONTROL

1.- Asegurarse de haber cumplido debidamente y de manera oportuna, cada una de las acciones establecidas en el Programa de Trabajo de Control Interno del ejercicio 2015-2016.

2.- Informar con mayor claridad precisión, la conclusión general de cada acción, la problemática existente, el resultado de las acciones cumplidas en relación con lo esperado.

3.- Mantener en el reporte, por lo menos las últimas acciones realizadas con las cuales se cumplió la mejora de cada elemento de control interno.

4.- Informar el nombre o descripción de la evidencia documental y el área responsable que la mantiene en archivo a efectos de demostrar su cumplimiento y facilitar la verificación del Órgano Interno de Control.

5.- Analizar las disposiciones en materia de control interno, publicadas el 03 de Noviembre de 2016, a efectos de asegurarse de cumplir con todas las etapas de evaluación, programación y cumplimiento de acciones, considerando las modificaciones sobre dichas normas y de las cuales se les previno mediante oficio OIC/HRAEV/182/2016 fechado el 19 de Diciembre de 2016.

En espera que lo señalado y recomendado se tome en cuenta para fortalecer y mantener funcionando de manera eficiente el sistema de control interno institucional, de acuerdo a las disposiciones vigentes, aprovecho para manifestarle la mejor disposición de un servidor como responsable de esta instancia, a efectos de seguir colaborando con usted y con el personal responsable de las áreas sustantivas, para lograr este objetivo normativo y que también impulse el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales y del noble sector en el que participamos.

ATENTAMENTE

CP Jorge Erasmo Reyna Acevedo
Titular del Órgano Interno de Control

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010" RECIBIDO 12:14 06 ENE 2017 DIRECCION DE ADMINISTRACION FINANZAS

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CD. VICTORIA BICENTENARIO 2010 RECIBIDO 12:15 06 ENE 2017 DIRECCION GENERAL

Recibí 06/01/17 12 pm

ccp. CP José Rafael Cuellar Romero. Director de Administración y Finanzas y Coordinador de Control Interno del HRAEV.
Dr. Domingo Vargas González. Director de Planeación, Enseñanza e Inv. y Enlace de Control Interno del HRAEV.
Dr. Arturo Rosales Guerra. Sub director de planeación y Enlace de Funcionamiento del COCODI del HRAEV.
Lic. Yessenia E. Alvarez Treviño. Jefe de División de Procesos y Enlace de Riesgos del HRAEV.

XI.- Procesos de Administración de Riesgos Institucional.

a. Matriz.

El Formato de Matríz de Administración de Riesgos se Imprime en Formato Tamaño Oficio

I. EVALUACIÓN RIESGOS																II. EVALUACIÓN DE CONTROLES		III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2016				V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES	
		Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales				Clasificación del Riesgo		FACTOR					Valoración Inicial					Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES					
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Selección	Descripción	RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo	Posibles efectos del Riesgo	Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	¿Tiene controles?	Riesgo Controlado Suficientemente	Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV	Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)
2016_1	DIRECCION DE PLANEACION, INVESTIGACION Y ENSEÑANZA	Objetivo	Contribuir en la toma de decisiones en la gestión del Hospital mediante la definición de politicas y estrategias de planeación, evaluación, docencia e investigación vinculados a la alta gerencia hospitalaria que coadyuven a que el Hospital Regional de Alta Especialidad cumpla con su visión y misión, a corto, mediano y largo plazo; a demás de supervisión, de generación de información estadística, relacionada con el desarrollo de los procesos médicos clínicos y quirúrgicos efectuados en el Hospital	Reporte de los Sistemas de Información Institucional SUIVE, SAEH, SAEH, SIS, SEED, SINAC, SICAM,capturados de manera insuficiente fuera de los tiempos establecidos.	Estratégico	Administrativo		1.1	No cumplimiento por parte de los procesos institucionales de los tiempos establecidos para el envío de la información .	Humano	Interno	SANCIONES POR EL INCUMPLIENTO EFICIENTE DE LA INFORMACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD	9	8	I	SI	NO	3	2					REDUCIR EL RIESGO	Elaborar matriz institucional para el envío y reporte de información a las diferentes áreas sustantivas, administrativas y de control Llevar a cabo minutas y reuniones de seguimiento.
								1.2	Inexistencia de un sistema de información integrado (Estrategico-Misional-FinancieroAdministrativo y Control)	TIC's	Interno					NO									Controlar previamente el cumplimiento de los tiempos de envío o reporte de información. Capacitar al personal responsable de informar en cada uno de los Sistemas.
								1.3	No estandarización de procedimientos y responsabilidades para el reporte de información	Técnico-Administrativo	Interno					NO									Estandarizar responsabilidades y procedimientos para reporte de información a las diferentes áreas generadoras de infomación y control
								1.4	FALTA DE LA INTERFACE DEL SISTEMA HOSPITALARIO MEDSYS CON CADA UNO DE LOS SISTEMAS	TIC's	Interno														Realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos de envío por los procesos.
								1.5	DEFICIENCIA EN LA GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE ARROJA EL SISTEMA A MEDSYS	TIC's	Interno														Establecer compromiso con el IP de desarrollo del módulo de los Sistemas de Información. Coordinarse con la CCINSHAE para conocer la normatividad y requerimientos de la Información.
2016_2	DIRECCIÓN MÉDICA	Objetivo	Programar, dirigir, y vigilar el proceso de atención, médico-quirúrgico de alta especialidad mediante una dirección estratégica del personal médico adscrito para brindar servicios con oportunidad, equidad, eficiencia y calidad a la población de la Región	Servicios médicos prestados con falta de Calidad	Estratégico	Sustantivo		2.1	Deficiente seguimiento a la gestión por procesos (Autoevaluación de la gestión) e insuficiente evaluación de la gestión institucional y del Sistema de Control Interno. (Evaluación independiente)	Humano	Interno	No lograr la acreditación y perder condición de Hospital Universitario.Perdida de competitividad Perdida de la imagen institucional No satisfacción del usuario o no lograr los objetivos institucionales.	7	5	IV	SI	NO	4	4					REDUCIR EL RIESGO	Elaborar programa de control interno y dar seguimiento al mismo
								2.2	Falta adherencia a lineamientos institucionales	Normativo	Interno					SI									Formular e Implementar acuerdos de gestión y planes de acción 2016 por proceso
								2.3	No aplicación de la metodología para seguimiento y evaluación de la gestión institucional (Indicadores) por parte de los procesos	Humano	Interno					SI									Implementar y fortalecer el seguimiento a los Indicadores
								2.4	No definición e implementación de acciones de mejoramiento para los hallazgos de Auditorías y seguimiento a indicadores	Humano	Interno					SI									Realizar seguimientos, evaluación y cierre del Programa Institucional
								2.5	Falta de seguimiento y cumplimiento a los planes de mejoramiento institucional	Humano	Interno					SI									Supervisión del cumplimiento de actividades del personal médico
2016_3	DIRECIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	Objetivo		Recursos financieros generados o ejercidos de manera inadecuada	Operativo	Administrativo		3.1	Falta de gestión de otorgamiento y cobro de cuentas por servicios	Técnico-Administrativo	Interno	Sanciones, recorte presupuestal, recursos no ejercidos	6	6	I	SI	#¡REF!	3	3	#¡REF!	#¡REF!	#¡REF!	#¡REF!	REDUCIR EL RIESGO	CONFORMAR GRUPO DE GESTIÓN DE COBRO
								3.2	Falta de convenios o inoportunidad de los mismos	Normativo	Interno					SI									REALIZAR GESTIONES DE COBRO A PACIENTES E INSTITUCIONES
								3.3	Carencia de Sistemas y Registros adecuados	TIC's	Interno					SI									REVISAR EXPEDIENTES DE DEUDORES Y DAR SEGUIMIENTO AL COBRO
																									DESARROLLAR LAS FUNCIONALIDADES DEL SISTMEA HOSPITALARIO EN LOS MÓDULOS FINANCIEROS
2016_4	DIRECIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	Objetivo		PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIONES INADECUADOS	Operativo	Legal		4.1	DESCONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	Normativo	Interno	SANCIONES APLICADAS POR EL OIC. FRENO DE PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN POR PARTE DEL OIC	6	5	IV	NO	NO	5	2					EVITAR EL RIESGO	ACTUALIZCIÓN Y BUSQUEDA DE LA NORTMATIVIDAD VIGENTE
								4.2	FALTA DE APEGO A LAS LEYES Y NORMAS	Normativo	Interno					SI									CAPACITACION DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LAS CONTRATACIONES
								4.3	NECESIDAD URGENTE DEL BIEN O SERVICIO	Material	Interno					SI									SUPERVICION DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN.
								4.4	NECESIDAD URGENTE DEL BIEN O SERVICIO	Financiero-Presupuestal	Interno					SI									DENUNCIAS DE CUALQUIER IRREGULARIDAD EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN
								4.5																	PREVEER ANTICIPADAMENTE EL RECURSO FINANCIERO

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES

CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control				
No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control
1.1.1	Comunicaciones oficiales internas (correos y oficios)	Preventivo	SI	SI	SI	NO	Deficiente
1.1.2	Calendario de Juntas de Gobiernos, COCODI, PGCM donde se presentan informes	Preventivo	SI	SI	SI	NO	Deficiente
1.1.3	REUNIONES CON LOS DESARROLLADORES DEL SISTEMA HOSPITALARIO	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
1.1.4	TICKETS LEVANTADOS CONTRA EL IP POR FALTA DE CALIDAD Y PRODUCCION EL EL MODULO DE	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
1.1.5							
2.1.1	Auditorías Internas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
2.1.2	Autoevaluación del Control	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
2.1.3							
2.1.4							
2.1.5							
2.2.1	Autoevaluación de la Atención	Preventivo	SI	SI	SI	NO	Deficiente
2.2.2	Autoevaluación de la Gestión	Preventivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente
2.2.3							
2.2.4							
2.2.5							
2.3.1	Autoevaluación frente a estándares de calidad (Habilitación y Acreditación)	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
2.3.2							
2.3.3							
2.3.4							
2.3.5							
2.4.1	Metodologías de análisis y solución de problemas	Preventivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente
2.4.2							
2.4.3							
2.4.4							
2.4.5							
2.5.1	Programa de Trabajo Institucional	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
2.5.2	Administración de Riesgo	Preventivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente
2.5.3	Planes de Mejoramiento	Correctivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente
2.5.4							
2.5.5							
3.1.1	Estudios socieconómico de los pacientes	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
3.1.2	Estados de cuenta y documentos firmados por el paciente	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
3.1.3	Gestiones de cobro a pacientes	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
3.1.4							
3.1.5							
3.2.1	Convenios firmados con instituciones de salud	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
3.2.2	Tabuladores de cuotas de recuperación	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
3.2.3							Falta Valorar el Contro
3.2.4							
3.2.5							
3.3.1	Sistmea hospitalario Medsys , módulo financiero	Preventivo	SI	SI	NO	NO	#¡REF!
3.3.2							
3.3.3							
3.3.4							
3.3.5							
4.2.1		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.2.2		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.2.3		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.2.4							
4.2.5							
4.3.1		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.3.2		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.3.3							
4.3.4							
4.3.5							
4.4.1		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.4.2		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.4.3		Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente
4.4.4							
4.4.5							

a. Mapa

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2016

RAMO / SECTOR: 12 Salud

INSTITUCIÓN: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

No. de Riesgo	RIESGO	III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES	
		Valoración Final	
		GRADO DE IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA
2016_1	Reporte de los Sistemas de Información Institucional SUIVE, SAEH, SAEH, SIS, SEED, SINAC, SICAM,capturados de manera insuficiente fuera de los tiempos establecidos	3	2
2016_2	Servicios médicos prestados con falta de Calidad	4	4
2016_3	Recursos financieros generados o ejercidos de manera inadecuada	3	3
2016_4	PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIONES INADECUADOS	5	2

Fecha de Impresión: 07/febrero/2017 13:47

SUPERVISÓ

C.P JOSE RAFAEL CUELLAR ROMERO,
Coordinador de Control Interno

AUTORIZÓ

DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ,
Titular de la Institución

INTEGRÓ

LIC. YESSENIA ESMERALDA ALVAREZ TREVIÑO,
Enlace de Administración de Riesgos

c. Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2016_1	Reporte de los Sistemas de Información Institucional SUIVE, SAEH, SAEH, SIS, SEED, SINAC, SICAM,capturados de manera insuficiente fuera de los tiempos establecidos.	3	2		REDUCIR EL RIESGO	1.1	No cumplimiento por parte de los procesos institucionales de los tiempos establecidos para el envío de la información .	Elaborar matriz institucional para el envío y reporte de información a las diferentes áreas sustantivas, administrativas y de control Llevar a cabo minutas y reuniones de seguimiento.	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION y OIC	DR. DOMIGO VARGAS, C.P JORGE ERASMO REYNA, DR. ARTURO ROSALES GUERRA Y LIC. YESSENIA	01/02/2016	15/03/2016	MATRIZ ELABORADA, MINUTAS, CALENDARIOS.
						1.2	Inexistencia de un sistema de información integrado (Estrategico-Misional-FinancieroAdministrativo y Control)	Controlar previamente el cumplimiento de los tiempos de envío o reporte de información. Capacitar al personal responsable de informar en cada uno de los Sistemas.	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	DR. DOMIGO VARGAS, LIC. TABITA MARTÍNEZ, DR. ARTURO ROSALES Y LIC. YESSENIA ALVAREZ	01/02/2016	31/12/2016	REPORTES DEL MEDSYS, CORREOS, OFICIOS.
						1.3	No estandarización de procedimientos y responsabilidades para el reporte de información	Estandarizar responsabilidades y procedimientos para reporte de información a las diferentes áreas generadoras de infomación y control	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	DR. ARTURO ROSALES GUERRA Y LIC. YESSENIA ALVAREZ	01/02/2016	30/05/2016	MINUTAS DE REUNIONES Y PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS
						1.4	FALTA DE LA INTERFACE DEL SISTEMA HOSPITALARIO MEDSYS CON CADA UNO DE LOS SISTEMAS	Realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos de envío por los procesos.	OIC	C.P JORGE ERASMO REYNA Y LIC. YESSENIA ALVAREZ	01/02/2016	31/12/2016	BITACORAS DESEGUIMIENTOS, OFCIOS Y REPORTE DE CUMPLIMIENTO
						1.5	DEFICICIENCIA EN LA GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE ARROJA EL SISTEMA A MEDSYS	Establecer compromiso con el IP de desarrollo del módulo de los Sistemas de Información. Coordinarse con la CCINSHAE para conocer la normatividad y requerimientos de la Información.					
2016_2	Servicios médicos prestados con falta de Calidad	4	4		REDUCIR EL RIESGO	2.1	Deficiente seguimiento a la gestión por procesos (Autoevaluación de la gestión) e insuficiente evaluación de la gestión institucional y del Sistema de Control Interno. (Evaluación independiente)	Elaborar programa de control interno y dar seguimiento al mismo	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANNZA DIRECCION DE PLANEACIÓN ENSEÑANZA E	C.P RAFAEL CUELLAR, DR. ARTURO ROSALES, C.P JORGE REYNA	01/02/2016	31/12/2016	PROGRAMA CONTROL INTERNO AUTORIZADO
						2.2	Falta adherencia a lineamientos institucionales	Formular e Implementar acuerdos de gestión y planes de acción 2016 por proceso	DIRECCIÓN MÉDICA	HÉCTOR ZAMARRIPA	01/02/2016	31/12/2016	BITACORAS Y MINUTAS DE REUNIONES
						2.3	No aplicación de la metodología para seguimiento y evaluación de la gestión institucional (Indicadores) por parte de los procesos	Implementar y fortalecer el seguimiento a los Indicadores	DIRECCION DE PLANEACION , DIRECCIÓN MEDICA, DIRECCION DE OPERACIONES OIC	DR. ARTURO ROSALES, HECTOR ZAMARRIPA, ALEJANDRO CARAVEO, C.P JORGE REINA	01/02/2016	31/12/2016	REPOERTE DE INDICADORES,
						1.5	No definición e implementación de acciones de mejoramiento para los hallazgos de Auditorías y seguimiento a indicadores	Realizar seguimientos, evaluación y cierre del Programa Institucional	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION Y OIC	DR. ARTURO ROSAES, LIC YESSENIA ALVAREZ, C.P JORGE REYNA	01/02/2016	31/12/2016	INFORMES TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y ANUALES, SEGUIMIENTO DE ACUERDOS
						2.5	Falta de seguimiento y cumplimiento a los planes de mejoramiento institucional	Supervisión del cumplimiento de actividades del personal médico	DIRECCIÓN MÉDICA DIR. DE OPERACIONES	DRS. HECTOR ZAMARRIPA, ALEJANDRO CARAVEO, ARTURO MARTINEZ, MARÍA TRABADO, JOSE	01/02/2016	31/12/2016	REPORTE DE CUMPLIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD
2016_3	Recursos financieros generados o ejercidos de manera inadecuada	3	3	#¡REF!	REDUCIR EL RIESGO	3.1	Falta de gestión de otorgamiento y cobro de cuentas por servicios	CONFORMAR GRUPO DE GESTIÓN DE COBRO	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	C.P RAFAEL CUELLAR, C.P FEDERICO IBARRA,	01/02/2016	15/03/2016	DOCUMENTO DE INSTALACIÓN
						3.2	Falta de convenios o inoportunidad de los mismos	REALIZAR GESTIONES DE COBRO A PACIENTES E INSTITUCIONES	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	C.P FEDERICO IBARRA,	01/02/2016	31/12/2016	COMUNICADOS DE COBRO
						3.3	Carencia de Sistemas y Registros adecuados	REVISAR EXPEDIENTES DE DEUDORES Y DAR SEGUIMIENTO AL COBRO	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, ASUSNTOS JURIDICOS Y OIC	C.P RAFAEL CUELLAR, C.P FEDERICO IBARRA, C.P JORGE REYNA Y LIC. ANTONIO GALVAN	01/02/2016	31/12/2016	MINUTAS DE REUNIONES, SEGUIMIENTOS DE ACUERDOS
						3.4		DESARROLLAR LAS FUNCIONALIDADES DEL SISTMEA HOSPITALARIO EN LOS MÓDULOS FINANCIEROS	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION, DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y	C.P FEDERICO IBARRA, LIC. TABITA LOPEZ, JUDITH HERNÁNDEZ	01/02/2016	30/04/2016	VALIDACION DEL MODULO FINACIERO Y PUESTA EN MARCHA
						3.5							
2016_4	PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIONES INADECUADOS	5	2		EVITAR EL RIESGO	4.1	DESCONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	ACTUALIZCIÓN Y BUSQUEDA DE LA NORTMATIVIDAD VIGENTE	DIRECCION DE ADMINISTRAQCION Y FINANZAS, DIRECCIÓN MEDICA, DIRECCIONS DE OPERACIONES,	COMITÉ DE ADQUISICIONES Y ÁREAS REQUIRIENTES	01/01/2016	31/12/2016	CORREOS, NORMAS IMPRESAS
						4.2	FALTA DE APEGO A LAS LEYES Y NORMAS	CAPACITACION DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LAS CONTRATACIONES	DIRECCION DE ADMINISTRAQCION Y FINANZAS, DIRECCIÓN MEDICA, DIRECCIONS DE OPERACIONES,	COMITÉ DE ADQUISICIONES Y ÁREAS REQUIRIENTES	01/01/2016	31/12/2016	VERIFICACION DE LOS PROCEDIMEINTOS APEGADO A LA NORMATIVIDAD
						4.3	NECESIDAD URGENTE DEL BIEN O SERVICIO	SUPERVICION DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN.	DIRECCION DE ADMINISTRAQCION Y FINANZAS, DIRECCIÓN MEDICA, DIRECCIONS DE OPERACIONES,	COMITÉ DE ADQUISICIONES Y ÁREAS REQUIRIENTES	01/01/2016	31/12/2016	AUDITORIAS Y REVISIONES
						4.4	NECESIDAD URGENTE DEL BIEN O SERVICIO	DENUNCIAS DE CUALQUIER IRREGULARIDAD EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN	DIRECCION DE ADMINISTRAQCION Y FINANZAS, DIRECCIÓN MEDICA, DIRECCIONS DE OPERACIONES,	COMITÉ DE ADQUISICIONES Y ÁREAS REQUIRIENTES	01/01/2016	31/12/2016	DENUNCIA ANTE OIC
								PREVEER ANTICIPADAMENTE EL RECURSO FINANCIERO	DIRECCION DE ADMINISTRAQCION Y FINANZAS, DIRECCIÓN MEDICA, DIRECCIONS DE OPERACIONES,	COMITÉ DE ADQUISICIONES Y ÁREAS REQUIRIENTES	01/01/2016	31/12/2016	ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO

b.- Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

DESCRIPCION DE RIESGOS	VALOR DE IMPACTO	VALOR DE PROBABILIDAD	VALOR DE IMPACTO	VALOR DE PROBABILIDAD	ACCIONES REALIZADAS 4TO TRIMESTRE 2016	ACCIONES COMPROMETIDAS	CUMPLIÓ	EN PROCESO	% PORCENTAJE DE AVANCE	PROBLEMÁTICAS QUE OBSTACULIZAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES EN PROCESO.	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN	% RESULTADOS ALCANZADOS EN RELACIÓN CON LOS ESPERADOS
	INICIAL		3ER TRIMESTRE 2016									
REPORTE DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL SUIVE, SAEH, SIS, SEED, SINAC, SICAM, CAPTURADOS DE MANERA INSUFICIENTE FUERA DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	9	8	3	2	SE LLEVARÓN A CABO REUNIONES Y ELABORARÓN MINUTAS PARA DAR SEGUIMIENTO A ACUERDOS, SE CAPACITÓ AL PERSONAL RESPONSABLE DE INFORMAR EN CADA UNO DE LOS SISTEMAS, ADEMÁS SE CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN CUANTO A ENVÍO DE REPORTES DE INFORMACIÓN, SE REALIZARÓN REUNIONES PARA DETERMINAR COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS DIFERENTES ÁREAS GENERADORAS DE INFORMACIÓN.	ELABORAR MATRIZ INSTITUCIONAL PARA EL ENVÍO Y REPORTE DE INFORMACIÓN A LAS DIFERENTES ÁREAS SUSTANTIVAS, ADMINISTRATIVAS Y DE CONTROL. LLEVAR A CABO REUNIONES Y ELABORACION DE MINUTAS PARA DAR SEGUIMIENTO A ACUERDOS	X		100			100
						CONTROLAR PREVIAMENTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE ENVÍO O REPORTE DE INFORMACIÓN. CAPACITAR EL PERSONAL RESPONSABLE DE INFORMAR EN CADA UNO DE LOS SISTEMAS		X	70	FALTA DE DESARROLLO EN EL SISTEMA PARA OBTENER LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE MANERA AUTOMÁTICA EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE PARA NO HACER DEMASIADOS CÁLCULOS MANUALES	FIRMA DE CONVENIO CONCILIATORIO ENTRE IP Y HRAEV A IN DE DETERMINAR LAS RESPONSIBILIDAD DE CADA UNA DE LAS PARTES REFERENTE AL DESARROLLO DE LOS MODULOS DE INFORMACION EN SALUD	70
						ESTANDARIZAR RESPONSABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS PARA REPORTE DE INFORMACIÓN A LAS DIFERENTES ÁREAS GENERADORAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL.	X		100		DAR A CONOCER LAS DIFERENTES NORMATIVIDADES Y FORMATOS PARA LA ELABORACION DE INFORMES Y REPORTES	100
						REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE ENVÍO POR LOS PROCESOS.ESTABLECER COMPROMISO CON EL IP DEL DESARROLLO DEL MÓDULO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN COORDINARSE CON LA CCINSHAE PARA CONOCER LA NORMATIVIDAD Y REQUIRIMIENTOS DE LA INFORMACIÓN		X	90		FALTA EL LISTADO DE COMPROMISOS CON EL IP DERIVADO DE LOS RESULTADOS DE LA MESA CONTROVERISAS	90
SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS CON FALTA DE CALIDAD	7	5	4	4	SE ELABORÓ Y SE DIO SEGUIMIENTO A PROGRAMA DE CONTROL INTERNO, SE DIO SEGUIMIENTO A INDICADORES, SE SUPERVISARÓN LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL MÉDICO.	ELABORAR PROGRAMA DE CONTROL INTERNO Y DAR SEGUIMIENTO AL MISMO	X		100		CONCIENTIZAR AL ERSONAL SBRE LA IMPORTANCIA DE DAR SEGUIMIENTO AL PROGRAMA, DAR SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS EMITIDOS, LLEVAR UN CONTROL Y REGISTRO DEL CUMPLIMIENTO	100
						FORMULAR E IMPLEMENTAR ACUERDOS DE GESTIÓN Y PLANES DE ACCIÓN 2016 EN PROCESO		X	50	EXCESO DE TRABAJO, PRINCPALMENTE EL EXCESO DE CONTESTACIONES A AUDITORIAS, OBSERVACIONES, QUEJAS, ETC.		50
						IMPLEMENTAR Y FORTALECER SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES	X		100			100
						REALIZAR SEGUIMIENTOS, EVALUACION Y CIERRE DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL	X		100			100
						SUPERVISION DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL MÉDICO	X		100			100
RECURSOS FINANCIEROS GENERADOS O EJERCIDOS DE MANERA INADECUADA	6	6	3	3	SE TERMINO DE DESARROLLAR FUNCIONEALIDADES DEL SISTEMA HOSPITALARIO EN MÓDULOS FINANCIEROS, SE CONTINÚA CON LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE DEUDORES PARA DAR SEGUIMIENTO A COBROS.	CONFORMAR GRUPO DE GESTIÓN DE COBRO		X	90	AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE COBRANZA, JURIDO Y OIC PARA DAR DE BAJA EL IMPORTE DE ESTIMACION DE CUENTAS INCOBRABLES	REVISAR NUEVAMENTE LAS CIFRAS PRESENTADAS PARA DETERMINARLAS COMO INCOBRABLES	90
						REALIZAR GESTIONES DE COBRO A PACIENTES E INSTITUCIONES.		X	80	POR CAMBIO DE GOBIERNO ESTATAL LAS ISNTITUCIONES NO CUENTAN CON EL PRESUPUESTOS PARA CUBRIR LA DEUDA CONTRAIDA. EL COBRO A PARTICULARES SE DIFICULTA PORQUE UNA BUENA PARTE ES DE OTRAS CIUDADES, ADEMAS QUE NO SE CUENTA CON PERSOANAL PARA QUE ACUDAN A DOMICILIOS A REALIZAR EL COBRO	SUSPENSIÓN DEL LOS SERVICIOS HASTA QUE SE REGULARICEN CON LOS PAGOS PARA TODOS LOS SERVICIOS PROGRAMADOS SE PRETENDER COBRAR POR ADELANTADO Y QUE EL PACIENTE VAYA ABONADO A SU CUENTA ANTES DE QUE SE LE REALICE ALGUN PROCEDIMIENTO, ASI COMO COBRAR UN DEPOSITO PARA QUE NO SE GENERE UNA DEUDA DE GRENDES CANTIDADES. PARA LOS ADEUDOS EXISTENTES SE	80
						REVISAR EXPEDIENTES DE DEUDORES Y DAR SEGUIMIENTO AL COBRO		X	90			90
						DESARROLLAR LAS FUNCIONALIDADES DEL SISTEMA HOSPITALRIO EN LOS MÓDUCLOS FINANCIEROS	X		100			100
PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIONES INADECUADAS.	6	5	5	2	SE CAPACITÓ AL PERSONAL ENCARAGDO DE CONTRATACIONES Y SE LLEVÓ A CABO LA ACTUALIZACIÓN Y BÚSQUEDA DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	ACTUALIZACIÓN Y BUSQUEDA DE LA NORAMTIVIDAD VIGENTE	X		100	RECORTE PRESUPUESTAL , OBSERVACIONES DEL OIC, DENUNCIAS A LOS SERVIDORES POR PROCESOS DE CONTRATACIÓN		100
						CAPACITACIÓN DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LAS CONTRATACIONES	X		100			100
						SUPERVISION DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN		X	80		DAR SEGUIMIENTO PNTUAL A LAS RECOMENDACIONES DEL COMISIARIO	80
						PREVEER ANTICIPADAMENTE EL RECURSO FINANCIERO		X	70		GESTIONAR ADECUACIONES PRESUPUESTALES DE FORMA ANTICIPADA	70
						DENUNCIAS DE CIALQUIER IRREGULARIDAD EN LOS PROCESOS DE CONTRATCIÓN		X	50		FOMENTAR LA DENUNCIA DE CIALQUIER IRREGULARIDAD ENTRE EL PERSONAL Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS	50

Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR-2016).-

INTEGRÓ

LIC. YESSENIA ESMERALDA ÁLVAREZ TREVIÑO

SUPERVISÓ

C.P. JOSÉ RAFAEL CUELLAR ROMERO.

c. Aspectos Relevantes del Informe de Evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte Trimestral del PTAR.

ORGANO INTERNO DE CONTROL

"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Oficio No. OIC/HRAEV/020/2017.
Cd. Victoria Tamaulipas, a 10 de Febrero de 2017.
Asunto: Verificación plataforma SICOCODI-HRAEV.

CP JOSE RAFAEL CUELLAR ROMERO
Director de Administración y Finanzas y
Coordinador de Control Interno, del HRAEV
LIC. YESSENIA ESMERALDA ALVAREZ TREVIÑO
Jefe de División y Enlace de Riesgos del HRAEV
Presentes.-

Me permito informar a ustedes que a la fecha, no se ha recibido formalmente, el **reporte de avances trimestral, del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos**, correspondiente al cuarto período de 2016, conforme establece el artículo 28 del Acuerdo y Disposiciones en materia de Control Interno, publicadas el 03 de Noviembre de 2016, lo cual debió cumplirse dentro de los primeros 15 días después del cierre del trimestre. Por tal motivo, no ha sido posible realizar la evaluación establecida en el numeral 10, fracción VII, inciso f) de las citadas disposiciones, lo cual corresponde realizar a este Órgano Interno de Control.

Por lo anterior, se recomienda que en lo sucesivo se dé cumplimiento en tiempo y forma con lo establecido por las disposiciones de Control Interno ya mencionadas, de tal manera que un servidor pueda dar atención a la evaluación correspondiente.

Se emite el presente informe, conforme a las facultades establecidas en el Reglamento Interno de la Secretaría de la Función Pública, fracciones VIII, XIII Y XIV.

ATENTAMENTE

CP JORGE ERASMO REYNA ACEVEDO
Vocal Ejecutivo del COCODI HRAEV "BICENTENARIO 2010"

ccp Dr. Vicente Enrique Flores Rodríguez. Director General del HRAEV.
Dr. Domingo Vargas González. Director de Planeación, Enseñanza e Investigación y Enlace de Control Interno del HRAEV.
Dr. Arturo Rosales Guerra. Sub director de planeación y Enlace de Funcionamiento del Comité del HRAEV.

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas

XII.- Revisión del Anexo Gráfico, si hubiere incumplimientos o variaciones importantes.

a.Quejas y Denuncias.

ÁREA DE QUEJAS

Breve descripción de las quejas, denuncias recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad. *No hubo presentación de inconformidades

DENUNCIAS QUE SE RECIBIERON EN EL PERIODO 01 DE OCTUBRE A 31 DE DICIEMBRE DE 2016

EXPEDIENTE	ESTATUS	FECHA EN QUE SE RECIBIÓ	CONDUCTA DENUNCIADA	IMPACTO ECONÓMICO	REPERCURSIONES EN LA OPERACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	VINCULACIÓN CON ACTOS CONTRARIOS A LA INTEGRIDAD
24161/2016/DGDI/HRAECV/DE17	INVESTIGACIÓN	24/10/2016	DENUNCIA A MÉDICO ESPECIALISTA POR EL COBRO INDEBIDO, RESPECTO A CONSULTAS SIN CITA ($1000), DESDE HACE AL MENOS CUATRO MESES. ADEMÁS, DENUNCIA VENTA DE SUMINISTROS E INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍAS QUE REALIZA A TRAVES DE UNA EMPRESA.	MÉDICO DENUNCIADO LABORA EN FINES, POR LO QUE DE ACREDITARSE LA CONDUCTA DENUNCIADA : **$66,000.00 PESOS** (33 FINES DE SEMANA TRANSCURRIDOS, SUPONIENDO 2 PACIENTES POR LO MENOS, SIN CITA POR CADA FIN DE SEMANA)	PACIENTES Y FAMILIARES AL OBSERVAR LA FALTA DE HONRADEZ DEL SERVIDOR PÚBLICO DENUNCIADO, PODRÍAN OBTAR POR NO RECURRIR A LOS SERVICIOS DEL HRAEV, LO QUE SE TRADUCE EN UN DAÑO PATRIMONIAL AL ERARIO FEDERAL. ADEMÁS, PODRÍA DESPRESTIGIARSE LA ENTIDAD HOSPITALARIA DE RECURRIRSE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.	LA CONDUCTA DENUNCIADA ES CONTRARIA A UNA ÉTICA QUE RESPONDA AL INTERÉS PÚBLICO, EN VIRTUD DE QUE EL ACTUAR DEL SERVIDOR PÚBLICO UTILIZA EL EMPLEO PARA OBTENER ALGÚN BENEFICIO ECONÓMICO, LO CUAL NO ES CONGRUENTE CON EL PRINCIPIO QUE DEBERÍA RIGE SU ACTUAR, LA HONRADEZ.
2016/HRAECV/DE18	INVESTIGACIÓN	02/11/2016	DENUNCIA NEPOTISMO, MOTIVO POR EL QUE SUPUESTAMEMTE A SU HIJA NO SE LE CONTRATÓ EN EL HOSPITAL COMO ENFERMERA.	POR EL MOMENTO INDETERMINADO	AL INCIDIR EN LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, PODRÍA LA ENTIDAD PERDER CREDIBILIDAD EN RELACIÓN CON LA TRANSPARENCIA Y USO DE RECURSOS PÚBLICOS, CONSECUENTEMENTE LA IMAGEN DEL GOBIERNO FEDERAL PODRÍA VERSE AFECTADA DE MANERA NEGATIVA.	LA CONDUCTA DENUNCIADA NO ES CONGRUENTE CON LA IMPARCIALIDAD Y LA LEGALIDAD CON LA QUE SE RIGEN LOS SERVIDORES PÚBLICOS, AL CONCEDER PREFERENCIAS A PERSONAS CON RELACIÓN DE PARENTESCO.
24422/2016/DGDI/HRAECV/DE19	ACUMULADA	08/11/2016	DENUNCIA NEPOTISMO, MISMO DENUNCIANTE.	-	-	-
34389/2016/PPC/HRAECV/DE20	INVESTIGACIÓN	02/12/2016	DENUNCIA EN CONTRA DE DIRECTIVOS POR FAVORECER EN LICITACION DE COMPRA DE MATERIAL MÉDICO, PRIVILEGIANDO MARCAS PARA OBTENER BENEFICIO ECONÓMICO. ADEMÁS DENUNCIÓ LA LITACIÓN RESPECTO AL EQUIPO MÉDICO ACELERADOR LINEAL Y UNA CONDUCTA DELICTIVA FUERA DEL HRAEV	POR EL MOMENTO INDETERMINADO	AL TOMAR DECISIONES CONCEDIENDO PRIVILEGIOS O PREFERENCIAS A PERSONAS U ORGANIZACIONES, EN RELACIÓN CON EL MANEJO DEL RECURSO PÚBLICO, PODRÍA OCASIONARSE UN DAÑO PATRIMONIAL AL ERARIO FEDERAL, AL NO BUSCAR LAS MEJORES CONDICIONES PARA EL ESTADO EN MATERIA DE LICITACIONES	LA CONDUCTA DENUNCIADA CARECE DE INTEGRIDAD AL NO AJUSTARSE A LOS PRINCIPIOS DE LEGALIDAD, HONRADEZ E IMPARCIALIDAD; PUES LOS SERVIDORES PÚBLICOS NO CORRESPONDEN A LA CONFIANZA QUE EL ESTADO LES HA CONFERIDO PARA QUE SE CONDUZCAN CON APEGO A LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE RIGEN SU ACTUAR EN LA TOMA DE DECISIONES.

ÁREA DE RESPONSABILIDADES

En lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas.

PROCEDIMIENTOS DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

(RECIBIDOS EN EL PERIODO DE 01 DE OCTUBRE A 31 DE DICIEMBRE DE 2016)

EXPEDIENTE	NIVEL DEL SERVIDOR PÚBLICO	ESTATUS	MOTIVO	SANCIÓN APLICADA
P.R. 0011/2016	DIRECTOR DE ÁREA Y JEFE DE DEPARTAMENTO	DESAHOGO DE PRUEBAS	UTILIZAR RECURSOS PÚBLICOS INDEBIDAMENTE, PRETENDIENDO OBTENER BENEFICIOS ADICIONALES A LAS CONTRAPRESTACIONES QUE EL ESTADO LE CONFIERE	N/A
P.R. 0012/2016	DIRECTOR DE ÁREA	DESAHOGO DE PRUEBAS	EXTEMPORANEIDAD EN LA RESPUESTA A SOLICITUDES DE ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA	N/A
P.R. 0013/2016	DIRECTOR DE ÁREA	CONCLUIDO	EXTEMPORANEIDAD EN LA RESPUESTA A SOLICITUDES DE ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA	AMONESTACIÓN PRIVADA
P.R. 0014/2016	DIRECTOR DE ÁREA Y SUBDIRECTOR	DESAHOGO DE PRUEBAS	ENTREGAR INFORMACIÓN INCOMPLETA Y CON DATOS CONFIDENCIAS RESPECTO A SOLICITUDES DE ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA	N/A
P.R. 0015/2016	SUBDIRECTOR Y PERSONAL ADMINISTRATIVO	DESAHOGO DE PRUEBAS	ENTREGAR INFORMACIÓN INCOMPLETA Y FUERA DEL PLAZO LEGAL ESTABLECIDO PARA ELLO RESPECTO A SOLICITUDES DE ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA	N/A
P.R. 0002/2017	DIRECTORES DE ÁREA Y UN SUBDIRECTOR	ELABORACIÓN OFICIOS CITATORIOS PARA AUDIENCIA DE LEY	INCONSISTENCIAS EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE ARRENDAMIENTO DE BIENES CON OPCIÓN A COMPRA	N/A

a. Inconformidades.

No Aplica.

a. Procedimientos Administrativos de Responsabilidad.

No Aplica.

b. Observaciones de Instancias Fiscalizadoras Recurrentes y Pendientes de Solventar.

XII b.- Observaciones de auditoría pendientes de atenderse y que han sido determinadas por las diversas instancias fiscalizadoras que presentan recurrencia, así como observaciones con antigüedad superior a seis meses.

1.- Al cuarto trimestre de 2016, se cerró el ejercicio con 25 observaciones por atenderse, de las cuales en algunos casos se tiene recurrencia en aspectos tales como: Inoportuna recuperación de créditos derivados de atenciones médicas, quirúrgicas y hospitalarias, tanto a Instituciones como a particulares; sistema informático que no vincula presupuesto con gasto, y que no incluye todas las operaciones de la Entidad; Deficiencias en contratación y mantenimiento de equipo médico; Diferencias en inventarios anuales de medicamentos y material de curación.

AUD. NUM Y AÑO	OBS	IMPORTE		FECHA DE DETERM.	FECHA INICIAL SOLVENTACION	INSTANCIA	DIRECCION	CONCEPTO	AVANCE
		ACLARAR	RECUP						%
04/2015	S	667.4		03/07/2015	07/09/2015	OIC	Operaciones	Mannto. Eqpo. Médico y ordenes servicio	40
05/2015	S	0	0	30/06/2015	01/09/2015	OIC	Operaciones	Contratación de servs. eqpo. médico	0
06/2015	1	0	0	31/03/2015	24/08/2015	DESP EXT	Admon. Y Finanzas	Sistema informático contable presup	60
06/2016	2	0	0	15/04/2016	05/12/2016	DESP EXT	Admon. Y Finanzas	Sistema informático contable presup	0
05/2016	1	30	25'021.	23/09/2016	06/12/2016	OIC	Admon. Y Finanzas	Inoportuna recuperación de créditos	0
05/2016	2	1'133		23/09/2016	06/12/2016	OIC	Admon. Y Finanzas y Servs Jurídicos	Adeudos con instituciones sin convenio	15
10/2015	2	8'789.3		04/12/2015	16/02/2016	OIC	Operaciones	Difs. Inventarios medicamentos	55
02/2016	1	3'390.6		27/06/2016	02/09/2016	OIC	Operaciones y Enfermería	Difs. Inventarios medicamentos	15
02/2016	2	1'378.9		27/06/2016	02/09/2016	OIC	Admon. y Finanzas y Enfermería	Difs. Inventarios mat curación	0

2.- Ahora bien, del total de observaciones en seguimiento al cuarto trimestre de 2016, 19 de ellas presentan antigüedad mayor a seis meses. De éstas, 17 han sido determinadas por el Órgano Interno de Control y 2 por el Despacho Externo.

AUD. NUM. Y AÑO	OBS	IMPORTE		FECHA DE DETERM.	FECHA INICIAL SOLVENTACION	INSTANCIA	DIRECCION	CONCEPTO	AVANCE %
		ACLARAR	RECUP						
02/2015	1	0	0	13/03/2015	21/05/2015	OIC	Operaciones	No existen manuales y progr. trabajo	50
02/2015	2	0	0	13/03/2015	21/05/2015	OIC	Operaciones	Diferencia en costos a pacientes	80
04/2015	1		5'902.4	03/07/2015	07/09/2015	OIC	Admon. Y Finanzas	Sanción al IP por falta entrega sistema completo	10
04/2015	5	667.4		03/07/2015	07/09/2015	OIC	Operaciones	Mannto. Eqpo. Médico y órdenes servicio	40
05/2015	4	6'796.		30/06/2015	01/09/2015	OIC	Admon. Y Finanzas	Contratación de servicios Tics.	85
05/2015	5	0	0	30/06/2015	01/09/2015	OIC	Operaciones	Contratación de servs. eqpo. médico	0
06/2015	1	0	0	31/03/2015	24/08/2015	DESP EXT	Admon. Y Finanzas	Sistema informático contable presup.	60
07/2015	2	4'301.2		11/09/2015	17/11/2015	OIC	Admon. Y Finanzas	Contratación servs profesionales	40
10/2015	2	8'789.3		04/12/2015	16/02/2016	OIC	Operaciones	Difs. Inventarios medicamentos	55
01/2016	1	0	0	08/06/2016	15/08/2016	OIC	Admon. Y Finanzas	Comité adquisiciones	15
01/2016	2	0	0	08/06/2016	15/08/2016	OIC	Admon. Y Finanzas	Contrat. Adq directo art. 41 con inconsist.	10
01/2016	3	0	0	08/06/2016	15/08/2016	OIC	Admon. Y Finanzas	Contrat. Adq directo art. 42 con inconsist.	0
01/2016	4	0	0	08/06/2016	15/08/2016	OIC	Admon. Y Finanzas y Operaciones	Contrat. servs directo art. 41 con inconsistencias	0
01/2016	5	0	0	08/06/2016	15/08/2016	OIC	Admon. Y Finanzas y Operaciones	Sobreprecio en compra eqpo. médico	70
02/2016	1	3'390.6		27/06/2016	02/09/2016	OIC	Operaciones y Enfermería	Difs. Inventarios medicamentos	15
02/2016	2	1'378.9		27/06/2016	02/09/2016	OIC	Admon. y Finanzas y Enfermería	Difs. Inventarios mat. decuración	0
04/2016	1	0	0	15/06/2016	23/08/2016	OIC	Planeación, Enseñanza e Inv.	Desempeño	30
04/2016	2	0	0	15/06/2016	23/08/2016	OIC	Planeación, Enseñanza e Inv.	Desempeño	40
06/2016	2	0	0	15/04/2016	05/12/2016	DESP EXT	Admon. Y Finanzas	Sistema informático contable presup.	0

La Atención de las mismas en 5 casos corresponden a la Dirección de Operaciones; 8 a Administración y Finanzas; 2 a Planeación, Enseñanza e investigación; 2 compartidas entre Operaciones y Administración y Finanzas; una entre Enfermería y Operaciones y una más, entre Administración y Finanzas y Enfermería.

9 fueron determinadas en el ejercicio 2015 y las restantes 10 corresponden al año 2016.

9 tienen avances que van del 10 al 50%; 5 reflejan avances del 60 al 85% y las restantes 5 no tienen avance.

Cabe señalar que para efectos de evitar recurrencia, se ha recomendado reforzar los controles internos; el estricto cumplimiento en tiempo y forma de la Legislación, Reglamentación y/o disposiciones normativas aplicables a cada caso, así como incrementar la supervisión a los procesos operativos de la Institución.

c. Observaciones Recurrentes y Pendientes de Solventar de la ASF.

No Aplica.

XIII.- Seguimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno.

Informe de resultados y avances de compromisos pactados en Bases de Colaboración, suscritas en el marco del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, en materia de Procesos	AÑO 2016 Trimestre 4

Materia: Tecnologías de la Información

Avances y resultados relevantes en los compromisos pactados en Bases de Colaboración

No.	Compromisos Corresponde al texto genérico de cada compromiso, por lo que pudiera variar de lo establecido en Bases de Colaboración	Tipo de respuesta Señale la situación de la institución respecto del compromiso en el periodo	Avance en el cumplimiento de los compromisos Describa brevemente (MÁXIMO 1,000 caracteres) los principales avances y resultados alcanzados en el periodo (julio - septiembre 2015), respecto del compromiso asumido por la Institución en Bases de Colaboración. NOTA: En el caso de Órganos Desconcentrados, las Bases de Colaboración fueron suscritas por el Titular de la Dependencia respectiva.
TIC.1	**Efectuar desarrollos y/o adecuaciones de los sistemas informáticos a fin de que se tengan los trámites y servicios de la dependencia o entidad de manera digitalizada, incluyendo su integración al portal www.gob.mx y asimismo se habiliten procedimientos para proveer éstos en los diversos canales de atención de la Ventanilla Única Nacional.**	Acciones realizadas	IDENTIFICACION DE DOS PROCESOS A REGISTRAR. 1. RELACIONADO A PROCESO SUSTANTIVO DE ATENCION DE PACIENTES. 2. RELACIONADO A PROCESO SUSTANTIVO DE EDUCACION.
TIC.2	**Efectuar desarrollos y/o adecuaciones de los sistemas informáticos de la dependencia o entidad para habilitar procesos administrativos digitalizados, incluyendo el uso del correo electrónico y/o la firma electrónica avanzada cuando sea procedente, con el fin de privilegiar el gobierno digital por medio del uso de documentos electrónicos para promover un gobierno sin papel.**	Acciones realizadas	INCORPORACION EN EL SISTEMA MEDSYS PARA LA AUTOMATIZACIÒN Y REGISTRO AUTOMATIZADO DE LOS PROCESOS DE CONTRATACION DE SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES, VIATICOS CON LA VINCULACIÒN DE PRESUPUESTOS Y CONTABILIDAD. FOMENTAR EL USO DE CORREO INSTITUCIONAL
TIC.3	**Contratar, implementar y gestionar las TIC con apego a las disposiciones, estándares y guías técnicas, así como el manual administrativo de aplicación general en las materias de TIC y de seguridad de la información (MAAGTICSI), que se expidan por las instancias facultadas y que apliquen a la dependencia o entidad.**	Acciones realizadas	REGISTRO PETIC 2017 EN LA PLATAFORMA CIDGE. CON LA INCLUSION DE TRES PROYECTOS. REGISTRO DE PROYECTO EN OCTUBRE PARA CONTRATACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DEL SISTEMA MEDSYS
TIC.4	**Establecer los mecanismos y, en su caso, adecuar los sistemas informáticos en la dependencia o entidad a fin de que se propicie la disponibilidad de información al ciudadano en forma de datos abiertos.**	Acciones realizadas	Se seleccionaron 2 grupos de datos abiertos: total de ingresos y total de egresos 2015. Se enviaron a validacion y en espera de respuesta para proceder con el siguiente proceso para publicacion en el potal .gob.mx

Información de avance de indicadores en Materia de Tecnologías de la Información

No.	Nombre del indicador	Reporte de indicador	Variables del indicador (periodo enero-diciembre)		Valor del indicador en el periodo
			Trámites y servicios digitalizados (A)	Total de Trámites y servicios de la dependencia o entidad (B)	(A/B)*100
ITIC.1	**Trámites y servicios digitalizados**	Sin información a reportar en el periodo			

No.	Nombre del indicador	Reporte de indicador	Variables del indicador (periodo enero-diciembre)		Valor del indicador en el periodo
			Procesos administrativos optimizados digitalizados (A)	Total de procesos optimizados de la dependencia o entidad (B)	(A/B)*100
ITIC.2	**Procesos administrativos optimizados digitalizados**	Sin información a reportar en el periodo			

No.	Nombre del indicador	Reporte de indicador	Variables del indicador (periodo enero-diciembre)		Valor del indicador en el periodo
			Número de grupos de datos abiertos prioritarios liberados (A)	Número de grupos de datos identificados como prioritarios (B)	(A/B)*100
ITIC.3	**Índice de Datos Abiertos**	Sin información a reportar en el periodo			

XIV.- Asuntos Generales.

1.- Designación de suplentes, por parte de los miembros propietarios del Comité.

2.- Se recomienda que se dé a conocer a todas las unidades administrativas el Informe de la situación del Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo a efectos que prevean lo necesario para dar cumplimiento a las acciones establecidas para mantener o mejorar el nivel de madurez de los elementos de control interno evaluados.

3.- Es necesario presentar la propuesta del Proceso de Administración de Riesgos para el ejercicio 2017, el cual debió haber iniciado con la conformación de un grupo de trabajo integrado con los responsables de las unidades administrativas, el Coordinador de Control Interno, el Enlace de Riesgos y el Titular del Órgano Fiscalizador, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

XV.- Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la reunión.