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

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.

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

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 difusiòn de la misiòn, visiòn 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, impresiòn 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 Direcciòn 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 Organziaciòn 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 Organziaciòn Especifico se actualizara y se someterá 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.	Elemento de control	% Cumplimiento Sí / 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 Organizaciòn Especifico se actualizará y se someterá a junta de gobierno para su aprobaciòn. Se actualizará el Manual de Procedimientos del Hospital para enviarlo a opiniòn favorable por DGPOP	01-03-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Actas de junta de gobierno y Manual de Organizaciòn Especifico 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 por 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 Procedimientos 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, informaciòn para prevenir actos de corrupciò, abusos y fraudes.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Protectores de pantalla, redes sociales y pagi web se anexar liga electrónica
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 admisiòn 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								

31/1/2017 PTCI

Programa de Trabajo de Control Interno

NGCI	No.	Elemento de Control	% Cumplimiento Sí / No	% Cumplimiento con base en la Evidencia	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
		actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;			PP2	14	Se estará actualizando el Plan de Trabajo Anual en Investigaciòn, Programa Anual de Capacitaciòn	01-02-2017	31-12-2017	SUBDIRECCION DIRECCION DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA	DRA ARANI CASILLAS RAMIREZ	Programa Anu de Trabajo, Programa de Anual de Capacitaciòn.

"2(

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 TIC¿s, 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 TIC¿s).	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	100.0	70.0								

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
		Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;			PP1	28	Carpeta de Junta de Gobierno, la cual se estará publicando en 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	100.0	66.7	Institucional	29	Se dará seguimiento al buzón de quejas	01-02-2017	31-12-2017	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA	DR VICENTE ENRIQUE FLORES	Buzón de queja del hospital y actas minutas

ORGANO INTERNO DE CONTROL

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

Cd. Victoria Tam. 24 de Febrero de 2017.
Oficio OIC/HRAEV/024-A/2017.
Asunto: Informe de resultados de la evaluación al informe anual del estado que guarda el SCII.

MTRA. ARELY GÓMEZ GONZÁLEZ
Secretaria de la Función Pública
Presente.-

De manera atenta y con el respeto que merece, me dirijo ante usted a efectos de presentar debidamente, "**Informe de resultados de la evaluación al informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional 2016",** conforme a lo dispuesto en el numeral 20 del artículo segundo del acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno, publicado el 03 de Noviembre de 2016, en el Diario Oficial de la Federación. Por lo anterior, hago de su conocimiento los aspectos generales y específicos que se verificaron, los resultados obtenidos, así como conclusiones y recomendaciones que se estiman pertinentes.

I.- Aspectos Generales.-

En la verificación de los aspectos generales, se obtuvieron los siguientes resultados:

1.- El personal designado por la Institución, utilizó la aplicación web para procesar y generar el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno, PTCI, conforme les fue comunicado por la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública.

2.- Fue enviado a la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública (UCEGP), a través del correo electrónico dgafci@funcionpublica.gob.mx, al cual se anexo copia escaneada del oficio HRAEV/DAF/002/2017, el 17 de Enero de 2017, la matriz de criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), que se indica en el numeral 11 del Artículo Segundo del Acuerdo. Consta que se incumplió con lo establecido en el citado numeral, ya que no se envío durante el mes de noviembre de 2016, sino que se hizo dos meses después.

3.- Los procesos prioritarios (sustantivos y/o administrativos) seleccionados por la Institución para la evaluación al Sistema de Control Interno Institucional, se hizo determinando los criterios o elementos específicos que justifican o proporcionan razonabilidad a la elección de dichos procesos, mismos que se establecen en el numeral 11 de las disposiciones señaladas en el punto anterior. Es importante mencionar que no se evalúo el proceso relacionado con el equipamiento médico y de tecnologías de la información y comunicación, los cuales, desde el punto de vista de este Órgano Interno de Control, son parte de un macro proceso, están concatenados entre sí y se ejecutan de manera transversal en varias áreas.

4.- La evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario (sustantivo y/o administrativo) seleccionado, en su mayoría fue localizada, excepto por la indicada para el elemento 16, refiriéndose a un "Manual de Calidad". En otros de los elementos de control, la evidencia no es relevante ni pertinente.

5.- En algunos casos, no existe congruencia entre las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados, ya que no aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico puedan contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

6.- No se mostró la evidencia de la presentación del Informe Anual y del PTCI a efecto de verificar que se haya efectuado conforme a la forma y plazo establecidos en los numerales 13 y 14 del Artículo Segundo del Acuerdo, ante la Secretaría de la Función Pública. Sin embargo, si fue recibida la copia del informe y anexos en este Órgano Interno de Control, con fecha 31 de Enero de 2017.

II.- Específicos.-

1.- En verificación de la evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, para determinar la existencia de criterios o elementos específicos y la justificación de la elección de dichos procesos, se obtuvieron los siguientes resultados:

A.- Los criterios adoptados justifican la selección de los procesos prioritarios evaluados, de conformidad con su mandato y características institucionales.

B.- Los procesos evaluados y procesados mediante la aplicación corresponden a los descritos en la matriz remitida a la UCEGP.

2.- Respecto a la evidencia documental y/o electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado o en los institucionales, la verificación arrojó los siguientes resultados:

A.- En la mayoría de los casos, la evidencia documental y/o electrónica y en su conjunto son "suficientes" para poder mostrar que se cumple con las condiciones del elemento de control. Sin embargo en diversos casos no se cumple con este atributo para las mismas, ya que se consideran parcialmente suficientes o insuficientes. Lo anterior, considerando términos de calidad de las evidencias más no en cantidad.

B.- En su mayoría, la evidencia documental y/o electrónica atienda a los atributos de pertinencia y relevancia, es decir, es **pertinente** porque existe una relación o correspondencia directa con el elemento de control y el cumplimiento de las condiciones del mismo, y **relevante,** porque se relaciona significativamente con las condiciones del elemento de control. Sin embargo en diversos casos no se cumple con este atributo para las mismas, ya que se consideran parcialmente suficientes o insuficientes.

3.- Respecto a la congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y/o atender áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, los resultados de la verificación fueron los siguientes:

A.- Algunas de las acciones de mejora, en relación con el elemento de control no son congruentes entre sí, ya que no contribuye al fortalecimiento del control interno. Por lo anterior, se emitieron las recomendaciones que considero procedentes, dentro del módulo **Evaluación del OIC,** en el submenú **Acciones de mejora del PTCI**, de la aplicación web contenida en la dirección electrónica http://controlinterno.funcionpublica.gob.mx, la cual fue habilitada por la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública, para los la evaluación anual.

B.- No se incorporaron acciones de mejora del PTCI 2015-2016 que no fueron concluidas, por lo que tampoco se ha informado sobre el análisis y la justificación correspondiente.

C.- Las fechas programadas para la atención o cumplimiento de las acciones de mejora tanto de inicio como de término sean razonables, sin embargo todas fueron programadas para concluirse el 31 de Diciembre de 2017, por lo que se recomienda reprogramarlas con fechas anteriores, de acuerdo al tiempo razonable o normativo de su atención, lo anterior a efectos de asegurar su cumplimiento de manera más eficiente y oportuna.

D.- La mayoría de las acciones de mejora son prácticas, alcanzables y se ubiquen dentro del ámbito de competencia de la institución, además no dependen para su atención de terceros o situaciones externas. Sin embargo es necesario revisar aquellas que no se consideran prácticas de acuerdo a lo recomendado en la plataforma electrónica ya mencionada.

E.- Las acciones de mejora que se refieran a la actualización del manual de organización y de procedimientos, el seguimiento de acciones de mejora del PTCI o de acciones de control del PTAR, capacitación, seguimiento de acuerdos de comités o elaboración y/o actualización de perfiles de puestos, se deben contar con elementos para establecer que atenderán debilidades o insuficiencias de control interno y/o áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, por lo que se recomienda revisarlos y replantearlos en su caso.

ORGANO INTERNO DE CONTROL

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

F.- A pesar de que se han incorporado acciones de mejora en elementos de control en donde existe un bajo cumplimiento a partir de las evidencias documental o electrónica que se presentaron, en su caso, no necesariamente establecer acciones de mejora en todos los elementos de control, si estos se encuentran fortalecidos.

Por todo lo anteriormente expuesto, se hacen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

--- La Institución tiene en existencia la evidencia documental que acredita la implementación de los elementos de control en cada proceso prioritario, excepto por un documento que no fue localizado. No en todos los casos es suficiente la evidencia documental para acreditar la implementación de los elementos de control en cada proceso prioritario, como resultado de la evaluación de su pertinencia y relevancia. Es necesario especificar la ubicación del documento no encontrado y revisar el resto de las evidencias, a efectos de que cumplan con los atributos de pertinencia y relevancia, en relación con cada elemento de control interno evaluado.

--- El cumplimiento general de los elementos de control con base en las evidencias, reportado en el Informe Anual y registrado por la institución registrado en la aplicación web es del 71 %, por lo que se recomienda establecer las acciones necesarias para mejorar el grado de cumplimiento durante el ejercicio 2017 y en lo sucesivo.

--- Algunas de las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, no son del todo congruentes con los elementos de control que requieren mejorar ya que no contribuyen a corregir las debilidades o insuficiencias de control, por lo que se recomienda replantearlas para que se logre dicho objetivo. Además, las fechas establecidas para su atención, deben modificarse, ya que algunos elementos requieren atención inmediata, otros quizás dependen de acciones de otras áreas en fechas ya establecidos, pero en todos los casos, considerar fechas de cumplimiento anteriores al día último del año 2017.

--- Los resultados en lo general, por norma, procesos, y con base en evidencia, de acuerdo a lo registrado en la aplicación web, son los siguientes:

Norma General	Norma	% Cumplimiento Si / No	[illegible] con base en evidencia
General	General	97.3	71.0
PRIMERA	AMBIENTE DE CONTROL	100.0	75.0
SEGUNDA	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	90.0	75.0
TERCERA	ACTIVIDADES DE CONTROL	96.4	66.7
CUARTA	INFORMAR Y COMUNICAR	100.0	70.5
QUINTA	SUPERVISION Y MEJORA CONTINUA	100.0	67.8

--- Informe Anual cumple con los requisitos establecidos en los numerales 13 y 14 del artículo segundo del acuerdo y las disposiciones en materia de control interno, excepto por lo establecido en la fracción III del artículo 13, relativo a presentar el Informe del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional, al Órgano de Gobierno en la primera sesión ordinaria del ejercicio, en virtud que la misma no se ha llevado a cabo. Lo señalado se verificará una vez realizada dicha sesión.

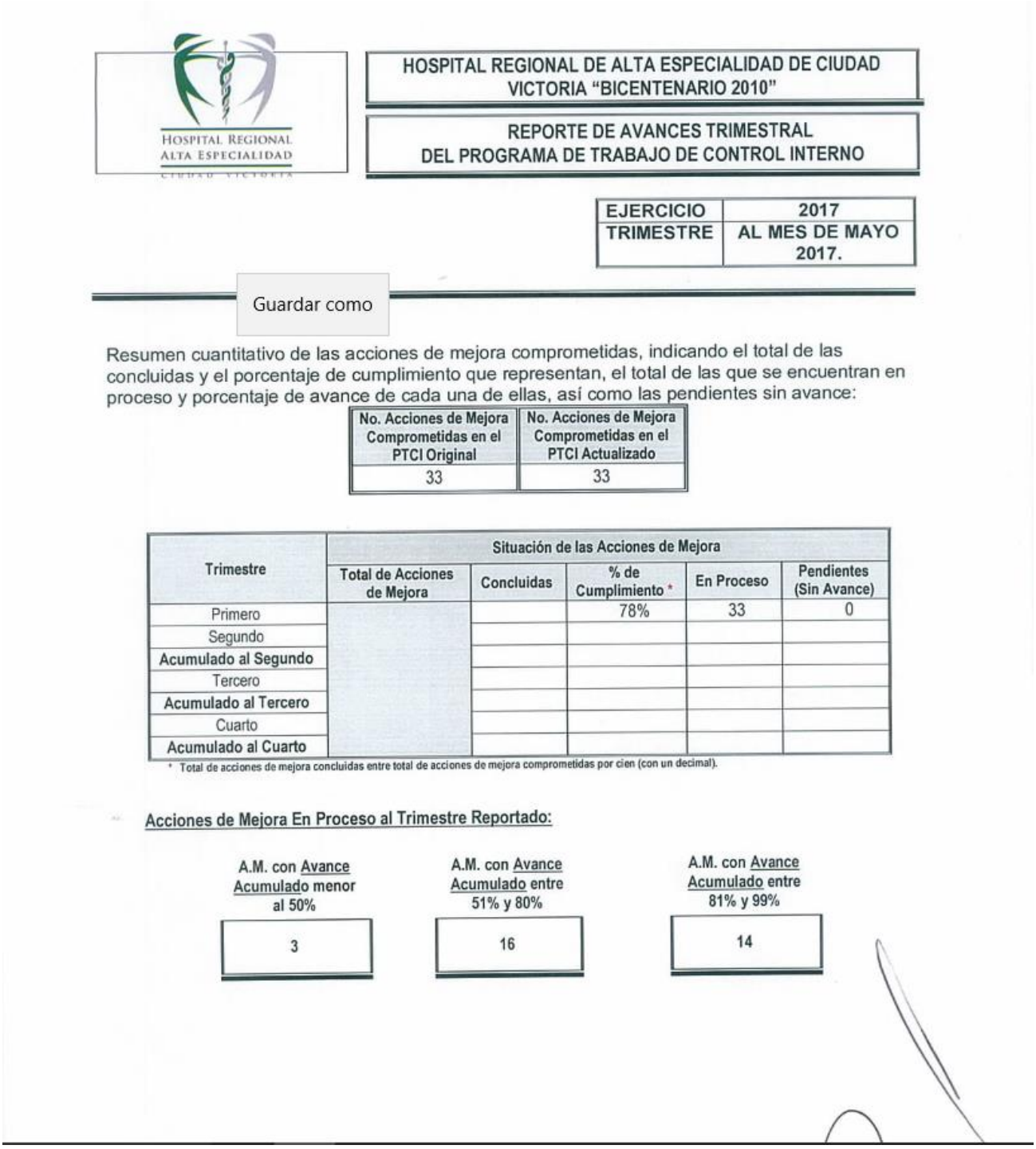
Agradezco su amable atención al presente informe, disponiéndome a sus indiscutibles consideraciones a efectos de dar cumplimiento con la mayor eficiencia y eficacia a las responsabilidades que se me han designado. En consideración de lo establecido en el artículo 79, fracciones VIII, XIV y demás que resulten aplicables, del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

A T E N T A M E N T E

CP JORGE ERASMO REYNA ACEVEDO
TITULAR DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"

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

b. Reporte de Avances Trimestral



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

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL
DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

EJERCICIO	2017
TRIMESTRE	AL MES DE MAYO 2017.

Guardar como

Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance:

No. Acciones de Mejora Comprometidas en el PTCI Original	No. Acciones de Mejora Comprometidas en el PTCI Actualizado
33	33

Trimestre	Situación de las Acciones de Mejora				
	Total de Acciones de Mejora	Concluidas	% de Cumplimiento *	En Proceso	Pendientes (Sin Avance)
Primero			78%	33	0
Segundo					
Acumulado al Segundo					
Tercero					
Acumulado al Tercero					
Cuarto					
Acumulado al Cuarto					

* Total de acciones de mejora concluidas entre total de acciones de mejora comprometidas por cien (con un decimal).

Acciones de Mejora En Proceso al Trimestre Reportado:

A.M. con Avance Acumulado menor al 50%	A.M. con Avance Acumulado entre 51% y 80%	A.M. con Avance Acumulado entre 81% y 99%
3	16	14

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

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

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

EJERCICIO	2017
TRIMESTRE	AL MES DE MAYO 2017.

No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre
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
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
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
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);	73.3
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
6		Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos (Institucional);	66.7
7		El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y	66.7
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.	80
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;	80
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;	80
11		Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos;	60
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.	46.7
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;	76.7
14		Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;	76.7
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;	70
16		Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;	66.7
17		Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;	66.7
18		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;	66-7
19		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;	70
20		Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;	66.7

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

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

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

EJERCICIO	2017
TRIMESTRE	AL MES DE MAYO 2017.

No.	No. A.M.	Descripción de la Acción de Mejora	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre
		Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;	66.7
21		Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC¿s;	66.7
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 tecnológicos que se requieren;	60
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 TIC¿s, y	66.7
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 TIC¿s).	66.7
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;	76.7
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;	70
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;	70
28		Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;	66.7
29		Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional)	66.7
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 Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).	70
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;	66.7
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;	66.7
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.	66.7

a) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda:

Todas las acciones se van cumpliendo conforme se da en los tiempos, hay acciones como la aplicación de la encuesta ECCO que se realiza hasta final de año y derivado de ello el porcentaje no muestra un grado de avance significativo. Con respecto de Matriz de Riesgos ya la Jefe de División entrega reporte trimestral en cocodi. En el tema de Tecnologías de la Información se captura avance.

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

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL
DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO

EJERCICIO	2017
TRIMESTRE	AL MES DE MAYO 2017.

b) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno:

Todas las acciones se mantienen atendidas desde el inicio, se van trabajando de acuerdo a lo ya calendarizado, se encuentran evidencias, portafolios, en cada una de las áreas responsables para su cumplimiento, así mismo en la mayoría son acciones permanentes que se realizan durante todo el año.

Ciudad de México, a __9_ de ____Mayo_____ de 2017.

El Coordinador de Control Interno

DR. VICENTE E. FLORES RODRIGUEZ
DIRECTOR GENERAL

b.-PTCI 2017 avances mayo 17

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"
AVANCES AL PLAN DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO AL MES DE MAYO DEL 2017

NGCI	No.	Elemento de Control	% Cumplimiento	% Cumplimie	Agregar Acción de Mejora	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		se realizo difusiòna traves de redes sociales, pagina web oficial y en acrilicos colocados de manera estrategica en areas especificas del hospital		1	Se continuará reforzando la difusiòn de la misiòn, visiòn y objetivos hacia el interior del hospital, redes sociales, página web oficial y protectores de pantalla.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	ligas electrónicas, impresiòn 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	100	se realizo difusiòna traves de redes sociales, pagina web oficial y en acrilicos colocados de manera estrategica en areas especificas del hospital		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 Direcciòn General en la pagina web oficial del Hospital.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECTOR DE PLANEACION Y DESARROLLO	correos electrónicos, liga 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	100	Se encuentra conformado el comité, ha sesionado en 1 reuniòn ordionaria y 4 sesiones extraordinarias, en el mes de mayo celebra su segunda reuniòn ordinaria.		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	100	se aplicara a fin de año		4	Se aplica en el mes de Noviembre la encuesta de clima Organizacional en el mes de Noviembre.	01/11/2017	31/12/2017	DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS	SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS	Resultados de la 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	73.3	Se cuenta ya con un MOE validado por la DGPOP estamos en espera de que se lleve a cabo la segunda reuniòn de junta de gobierno para que lo aprueben	PP1	5	El Manual de Organziaciòn Especifico se actualizara y se sometera a junta de gobierno para su aprobaciòn	01/03/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	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	100	Se cuenta ya con un MOE validado por la DGPOP estamos en espera de que se lleve a cabo la segunda reuniòn de junta de gobierno para que lo aprueben		6	El Manual de Organziaciòn Especifico se actualizara y se someterá a junta de gobierno para su aprobaciòn	01/03/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	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 institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y	100	66.7	Se cuenta ya con un MOE validado por la DGPOP estamos en espera de que se lleve a cabo la segunda reuniòn de junta de gobierno para que lo aprueben	PP1	7	El Manual de Organizaciòn Especifico se actualizará y se someterá a junta de gobierno para su aprobaciòn. Se actualizará el Manual de Procedimientos del Hospital para enviarlo a opiniòn favorable por DGPOP	01/03/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Actas de junta de gobierno y Manual de Organizaciòn Especifico y Manual de Procedimientos del Hospital, se encontraran publicados en la 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	66.7	esta aun pendiente de revisar y dar margen a los procesos prioritarios, estamos revisando los PMG	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 DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	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	100	80	ya se esta reportano a traves de su responsable	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	JEFE DE DIVISION DEPROCESOS MEDICOS	LIC. YESENIA ALVAREZ TREVIÑO	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	80	se mantienne la comunicaciòn con los responsables del cumplimiento de metas y objetivos asi como de manera mensual se envia a traves de correo electronico los avances.	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 DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Matriz de Indicadores para Resultados, se publicarán en pagina web por 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	80		PP1	11	Se elaborará el procedimiento para establecer la obligatoriedad de los responsables de los procesos que intervienen en la administraciòn de riesgos.	01/02/2017	31/12/2017	JEFE DE DIVISION DEPROCESOS MEDICOS	LIC. YESENIA ALVAREZ TREVIÑO	Se incluirá en el Manual de Procedimientos el cual se publicara en página web se anexara liga electrónica.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"
AVANCES AL PLAN DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO AL MES DE MAYO DEL 2017

NGCI	No.	Elemento de Control	% Cumplimiento	% Cumplimie	Agregar Acción de Mejora	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
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	60	Se ha llevado a cabo una difusiòn para la prevenciòn de actos de corrupciòn de manera permanente	PP1	12	Se difundirá a través de lenguaje común en redes sociales pagina web, informaciòn para prevenir actos de corrupciò, abusos y fraudes.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Protectores de pantalla, redes sociales y pagina web se anexara liga electrónica.
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	46.7		PP4	13	Se estará revisando avances sobre sistemas de informaciòn consulta externa y admisiòn continua	01/02/2017	31/12/2017	JEFE DE DIVISION DEPROCESOS MEDICOS	LIC. YESENIA ALVAREZ TREVIÑO	avances en los reportes del SAEH y Matriz de Indicadores para resultados.
TERCERA	14	Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;	100	76.7	Se llevo a cabo la actualizaciòn del plan de trabajo de las areas involucradas. Y se concentrò en el PAT 2017	PP2	14	Se estará actualizando el Plan de Trabajo Anual en Investigaciòn, Programa Anual de Capacitaciòn	01/02/2017	31/12/2017	SUBDIRECCION DIRECCION DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA	DRA ARANI CASILLAS RAMIREZ	Programa Anual de Trabajo, Programa de Anual de Capacitaciòn.
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	76.7	Se lleva a cabo retroalimentaciòn con los responsables del cumplimiento de metas y objetivos.	PP5	15	Se estará llevando control mensual de la variaciòn de los resultados de la Matriz de Indicadores para Resultados, los cuales se enviarán a cada responsable del cumplimiento de los mismos para retroalimentaciòn.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Matriz de Indicadores para Resultados de los 3 programas presupuestarios.
TERCERA	16	Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;	100	70	ya se encuentra definido el proceso de plicaciòn encuestas	PP1	16	Se continuará aplicando encuestas de salida de satisfacciòn a los usuarios en las áreas de consulta externa y hospitalizaciòn	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	GESTORIA DE CALIDAD	Matriz de Indicadores para 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	66.7	Se han atendido hasta el momento todas y cada una de las observaciones realizadas al Programa Presupuestario E010	PP3	17	Se dará atenciòn 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 HINOJOSA	Auditorías realizadas por el 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	66.7	Se ha actualizado el PTCI de tal manera que se atiende todas y cada una de las acciones	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	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Resultados de la MIR E010
TERCERA	19	Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;	100	66.7	Se mantiene en actualización continua el Manual de Procedimientos del HRAEV	PP3	19	Se estara actualizando el Manual de Procedimientos del HRAEV de manera Anual	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE ENSEÑANZA PLANEACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Manual de Procedimientos
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	70	Se mantiene sesionando y atendiendo de acuerdo al calendario de sesiones del COCASEP	PP1	20	Se dará seguimiento a las sesiones del COCASEP	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE ENSEÑANZA PLANEACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	GESTORIA DE CALIDAD	Actas Minutas del COCASEP en resguardo en Gestoría de Calidad.
TERCERA	21	Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC¿s;	100	66.7	Los procesos se desarrollan y ejecutan de acuerdo al Manual de Aplicación General de Tecnologias de la Información.	PP1	21	Se solicitara las acciones en materia de TICS en materia de control interno	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	Manuales de Aplicaciòn 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 tecnológicos que se	100	66.7	Se cuenta con el Plan de Trabajo de Tecnologias de la Información alineado al PAT del Director General	PP1	22	Se solicitara las acciones en materia de TICS Manual de Aplicaciòn General.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	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 TIC¿s, y	100	60	Los procesos se desarrollan y ejecutan de acuerdo al Manual de Aplicación General de Tecnologias de la Información.	PP1	23	Se solicitara las acciones en materia de TICS Manual de Aplicaciòn General.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	Manuales de Aplicaciòn General.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"
AVANCES AL PLAN DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO AL MES DE MAYO DEL 2017

NGCI	No.	Elemento de Control	% Cumplimiento	% Cumplimie	Agregar Acción de Mejora	Proceso	No.	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Unidad Administrativa	Responsable	Medios de verificacion
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 TIC¿s).	100	66.7	Se informa en tiempo y en forma en materia de Estrategia Digital Nacional, recien se informo el primer trimestre en referencia a Datos Abiertos		24	Se solicitara las acciones en materia de Estrategia Digital Nacional a TIC	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	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	66.7	El Sistema Gerencial Medsys aporta información asi mismo las Areas reportan informaciónpara la toma de decisiones	PP1	25	Se generan reportes a partir del sistema gerencial Medsys	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO / SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	Sistema Medsys
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	76.7	Se realiza de manera trimestral reuniones como la COCODI y Junta de Gobierno en los que se revisa el avance de metas establecidas para su cumplimiento.	PP1	26	Se estará publicando de manera trimestral la carpeta de Junta de Gobierno para difusiòn.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECTORES DE AREA	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO/ JEFE DE DIVISION DE PROCESOS MEDICOS	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-	100	70	Se trabaja en el sistema Compaq y Sicop	PP1	27	Se cuenta con el sistema compaq y SICOP	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS	SUBDIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS	Sistema Compaq y SICOP utilizado 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 Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;	100	70	Se da puntual seguimiento a los Acuerdos establecidos en COCODI y JUGO	PP1	28	Carpeta de Junta de Gobierno, la cual se estará publicando en pagina web de manera trimestral.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO/ JEFE DE DIVISION DE PROCESOS MEDICOS	Carpeta de Junta de Gobierno
CUARTA	29	Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional)	100	66.7	Se da puntual seguimiento a los buzones de quejas y sugerencias		29	Se dará seguimiento al buzón de quejas que supervisa gestoria de calidad y el OIC. Así como el Comite de Ética y Prevenciòn de conflictos de Interés.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION / OIC	GESTORIA DE CALIDAD	Buzón de quejas 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 Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones (Institucional).	100	66.7	Se continua trabajando con el Sistema Gerencial Medsys		30	Se cuenta con el sistema gerencial medsys	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	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	70	Se actualiza de manera trimestral y se trabaja todos los dias en las acciones establecidas en el PTCI	PP4	31	Se estará realizando control y supervisiòn de manera trimestral con cada uno de los responsables del cumplimiento de los procesos prioritarios.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	PTCI
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	66.7	Se atienden de manera oportuna y puntual todas las observaciones en Auditorias realizadas a TI	PP4	32	Se atenderán las auditorias realizadas al area de tecnologías de la Informaciòn.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	Auditorias realizadas por el 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	66.7	Se pretende concretar 3 PMG para este primer semestre delaño	PP4	33	Se dará seguimiento a los 5 procesos prioritarios con seguimiento trimestral.	01/02/2017	31/12/2017	DIRECCION DE PLANEACION ENSEÑANZA E INVESTIGACION	SUBDIRECCION DE PLANEACION Y DESARROLLO	Actas de COCODI

ENLACE DE CONTROL INTERNO DIRECTOR GENERAL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

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

ORGANO INTERNO DE CONTROL

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

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

Ciudad Victoria Tam. a 08 de Mayo de 2017.
Oficio OIC/HRAEV/071/2017.
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 cuarto trimestre de 2016, de acuerdo a lo siguiente:

I.- Con fecha 08 de Febrero 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 del PTCI correspondiente al periodo Octubre-Diciembre de 2017, este Órgano Interno de Control procedió a la evaluación del mismo, motivo por el cual se emite el presente informe con los siguientes resultados:

1.- En cuanto a lo establecido en el numeral 16 de las disposiciones de control interno, no se da cumplimiento de señalar cuál es la evidencia que acredite la implementación de las acciones y/o avances reportados del PTCI.

2.- En cuanto a lo establecido en el numeral 18, incisos I, fracciones a, b ,c y d, no se indica el total de acciones concluidas y el porcentaje que representan, como tampoco se indica total de acciones en proceso. Sin embargo, del análisis del reporte, se determina que las acciones concluidas representan el 86.75% del total. También se observa que 11 acciones se encuentran en proceso de atención, de las cuales 1 tiene avance del 90% y las 10 restantes reportan avance del 75%. No se reportan acciones sin avances.

De las 11 acciones en proceso, solo se indica en 5 de ellas la problemática, en las restantes 6 no se informa lo que corresponde. En ninguno de los casos no se indican propuestas de solución.

De las 83 acciones comprometidas, solo en 38 de ellas, se indica brevemente los resultados, en las 44 restantes no se informa. En ninguno de los casos de las acciones concluidas, se informa como contribuyen a corregir debilidades o fortalecer el SCII.

El reporte trimestral del cuarto trimestre de 2016, enviado por correo el 08 de Febrero de 2017, no se encuentra firmado por el Coordinador de Control Interno, por lo que se incumple con la formalidad establecida en las disposiciones ya señaladas.

3.- En cuanto a lo establecido en el numeral 18, inciso II, fracciones a y b, se determina que el reporte de avances del PTCI del cuarto trimestre de 2016 recibido el 08 de Febrero de 2017, mediante correo electrónico, se entregó de manera inoportuna, cuatro días antes de la primera sesión ordinaria del comité.

Por otra parte, se pudo comprobar además que dicho reporte se incorporó debidamente en la carpeta informativa de la primera sesión ordinaria de 2017, celebrado el 14 de Febrero de 2017, en cuyo evento se informaron los detalles del mismo.

III.- Es importante mencionar que no se informa que se cuenta con un portafolio o expediente de evidencias, suficientes, competentes, relevantes y pertinentes, conforme establece el numeral 16, último párrafo 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.

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas
Tel: (834) 153 61 00 Ext.: 1310 Correos: hraecv_toic@funcionpublica.gob.mx; jorge.reyna@hraev.gob.mx

SFP

ORGANO INTERNO DE CONTROL

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

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

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

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:

1.- Dar cumplimiento en tiempo y forma al reporte de avances trimestral del PTCI de acuerdo a cada uno de los periodos de atención para el mismo de acuerdo a las Disposiciones de Control Interno vigentes.

2.- Revisar el PTCI, a efectos de asegurarse que se incluyan aquellas acciones que se reportaron en proceso, a efectos de asegurar su cumplimiento en el programa de 2017, verificando que las mismas contribuyan a corregir debilidades de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

3.- Informar de manera clara y precisa, la conclusión general de cada acción, la problemática existente, la contribución para corregir debilidades de control interno o fortalecer el sistema institucional.

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.- Continuar con el análisis y revisión 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 ORGANO INTERNO DE CONTROL
Hospital Regional de Alta Especialidad
de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"

ccp. Dirección de Administración y Finanzas y Coordinación 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 Esmeralda. Alvares Treviño. Jefe de División de Procesos y Enlace de Riesgos del HRAEV.

Libramiento Guadalupe Victoria S/n Área de Pajaritos C.P.87087 Ciudad Victoria Tamaulipas
Tel: (834) 153 61 00 Ext.: 1310 Correos: hraecv_toic@funcionpublica.gob.mx; jorge.reyna@hraev.gob.mx

SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA
ORGANO INTERNO DE CONTROL
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA TAMAULIPAS
"BICENTENARIO 2010"

SFP — Secretaría de la Función Pública

Fecha de Inicio:	02/01/2017
Fecha Termino:	06/01/2017
Elaboro:	JERA
Reviso:	JERA

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

C E D U L A DE EVALUACIÓN DE INFORME TRIMESTRAL DEL PTCI, (Octubre-Diciembre, 2016.)

Unidad Auditada: Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas "Bicentenario 2010"
Area Auditada: Dirección de Administración y Finanzas, Coordinador de Control Interno, Enlace de Control Interno. Institucional.
Numero de Revisión: 02. Verificación del Reporte Trimestral del PTCI Octubre-Diciembre de 2016.
Cedula sumaria de: Verificación de oportunidad y forma del reporte

DISPOSICION	VERIFICACIÓN	SITUACIÓN (Cumplido-Incumplido)	OBSERVACIONES
I.- OPORTUNIDAD DEL REPORTE.-			
Numeral 18 fracción II, inciso a) Presentación del reporte de avances trimestrales al OIC 15 días 'hábiles posteriores al cierre del trimestre.	El reporte se recibió el 08 de Febrero de 2017, mediante correo electronico, de manera inoportuna, solo cuatro dias antes de la primera sesión ordinaria del comité. Tampoco fue registrado en el Sistema de manera opotuna.	Incumplido	El reporte se recibió en formato en Word, 22 dias hábiles despues del vencimiento, sin mediar oficio y sin estar firmado por Titular de Institución, Coordinador da Control Interno y Enlace de Control Interno.
Numeral 18, inciso II inciso b) Presentación del reporte de avances trimestrales al "Comité" , en la siguiente sesión posterior al cierre del trimestre.	Se incorporó el reporte trimestral en la carpeta informtiva de la primera sesión ordinaria de 2017, celebrado el 14 de Febrero de 2017, en cuyo evento se informaron los detalles del mismo.	Cumplido	El reporte recibido el 08 de Febrero de 2017, fue incorporado en la carpeta informativa de la primera sesión ordinaria de 2017.
II.- CONTENIDO DEL REPORTE.-			
Numeral 18, fracción I, inciso a. Resúmen de acciones de mejora comprometidas, indicando total cumplidas, % que representan, total en proceso y porcentaje, pendientes sin avance.	El reporte trimestral enviado por corre el 08 de Febrero de 2017, informa 72 acciones cumplidas, 11 en proceso, 0 sin avance. No se indica el el porcentaje de cumplimiento, el cual representa el 86.75%. NO se indica el porcentaje que representan las que estan en proceso. el cual corresponde al 13.25%. No se reportan acciones sin avances.	Incumplido	Incluir en el reporte los datos faltantes.
Numeral 18, fracción I, inciso b. Problemática que obstaculiza el avance de acciones en proceso y propuestas de solucion.	De las 11 acciones en proceso, solo se indica en 5 de ellas la problemática, en las restantes 6 no se informa lo que corresponde. En ninguno de los casos no se indican propuestas de solucion.	Incumplida	Indicar la problemática en todos los casos de acciones en proceso e indicar tambien las propuestas de solucion.
Numeral 18, fracción I, inciso c. Conclusion general de las acciones comprometidas y de las concluidas su contribucion para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o para fortalecer el sistema de control interno institucional.	De las 83 acciones comprometidas, solo en 38 se indica brevemente los resultados, en las 44 restantes no se informa. En ninguno de los casos de las acciones concluidas, se informa como contribuyern a corregir debilidades o fortalecer el SCII.	Incumplido	Informar lo que corresponde debidamente.
Numeral 18, fracción I, inciso d. Firma del Coordinador de Control Interno	El reporte trimestral enviado por corre el 08 de Febrero de 2017, no se encuentra firmado por el Coordinador de Control Interno.	Incumplido	Firmar debidamente el documento correspondiente.
Numeral 16 último párrafo. Evidencia documental que demuestre la realización de las acciones desarrolladas.	No se indica le evidencia documental ni el área responsable de la misma.	Incumplido	Indicar claramente el nombre y la ubicación de la evidencia documental que demuestre el cumplimiento de la accion correspondiente, así mismo el área o servidor público que la resguarda.

CP JORGE ERASMO REYNA ACEVEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL AUDITOR COMISIONADO

CP JORGE ERASMO REYNA ACEVEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL OIC