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

a.- Informe Anual

"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.

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

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.

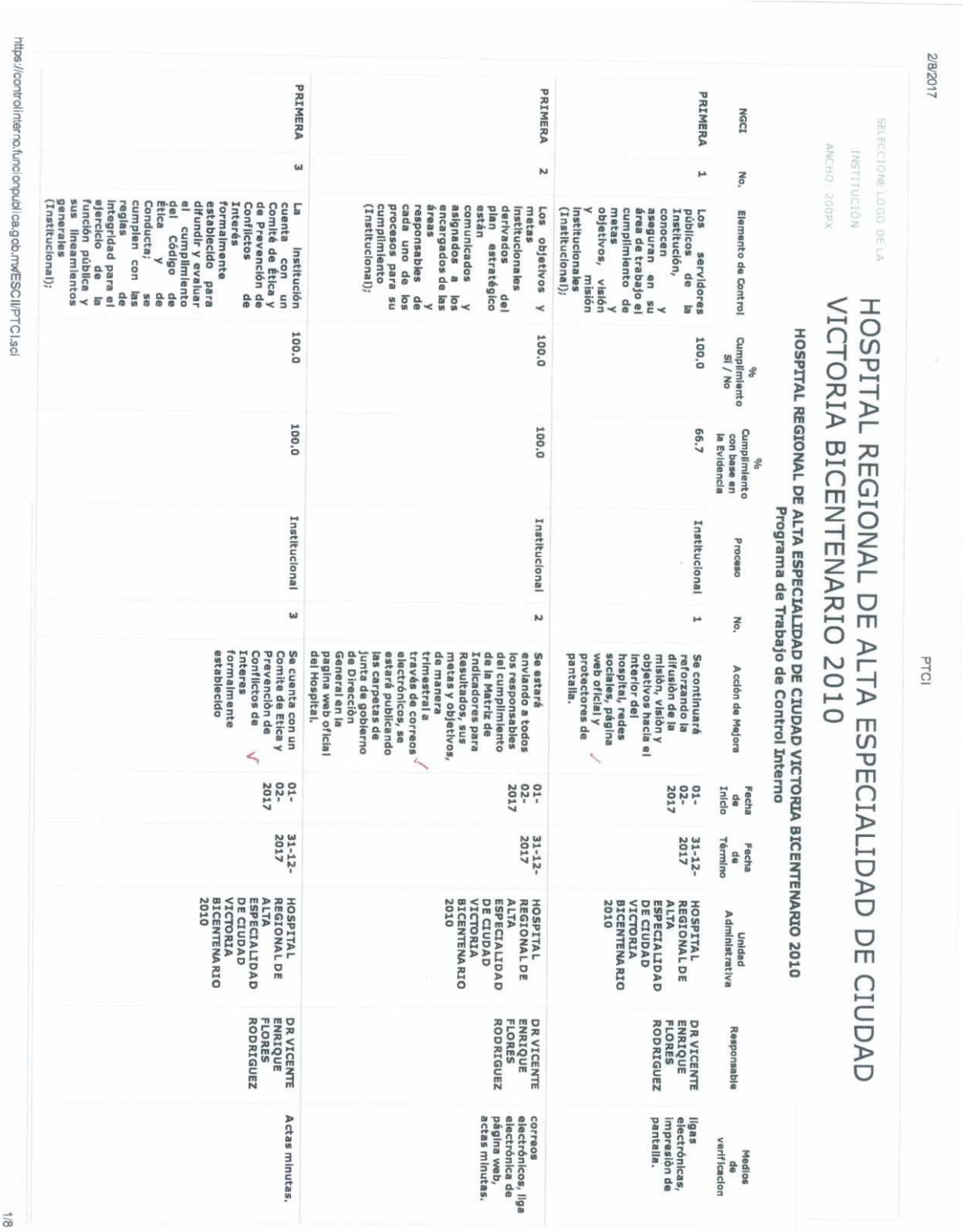
Como titular del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "BICENTENARIO 2010", reitero mi compromiso de continuar con la implementación de las medidas para mejorar el Sistema de Control Interno Institucional y mejorar los mecanismos de autocontrol que rijan el desempeño diario de los 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



2/8/2017 PTCI

SELECCIONE LOGO DE LA INSTITUCIÓN
ANCHO: 200PX

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010

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, 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);	100.0	100.0	Institucional	3	Se cuenta con un Comite de Etica y Prevención 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.

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.scl 1/8

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 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;	100.0	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 institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y	100.0	66.7	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 Específico 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.	100.0	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.

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

2/8/2017 PTCI

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, así 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 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;	100.0	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 el 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, información 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 pagina web se anexara liga electrónica.
TERCERA	13	Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar	60.0	46.7	PP4	13	Se estará revisando avances sobre sistemas de información consulta externa y	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE OPERACIONES	DR ARTURO MARTINEZ PEREZ	avances en los reportes del SAEH y Matriz de Indicadores para resultados.

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.sci 3/8

PTCI
admisión continua

						respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC´s;							
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;	100.0	76.7	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 Anual 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 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;	100.0	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 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;	100.0	66.7	PP3		17	Se dará atención a las diferentes auditorias 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	Auditorias 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	100.0	66.7	PP3		18	Se estará actualizando las diferentes herramientas para el control interno del cumplimiento del programa presupuestario	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE ENSEÑANZA PLANEACION Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	DR DANIEL SANCHEZ HINOJOSA	Resultados de la MIR E010

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

		importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;					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 HINOJOSA	Resultados de la 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 en resguardo en Gestoría de Calidad.
TERCERA	21	Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC¿s;	100.0	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 tecnológicos que se requieren;	100.0	66.7	PP1	22	Se solicitara las acciones en materia de TICS Manual de Aplicación General.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Manuales de Aplicación 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 Aplicación General.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION MEDICA	DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ	Manuales de Aplicación General.
TERCERA	24	Se cumple con las	100.0	66.7	Institucional	24	Se solicitara las	01-	31-12-	HOSPITAL	DR VICENTE	Manuales de

2/8/2017

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).

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 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; 100.0 76.7 PP1 26 Se estará publicando de manera trimestral la carpeta de Junta de Gobierno para difusión. 01-02-2017 31-12-2017 DIRECCION MEDICA DR HECTOR ZAMARRIPA GUTIERREZ Carpeta de Junta de Gobierno de la Dirección 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- 100.0 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 Compaq y SICOP utilizado en Finanzas.

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

PTCI

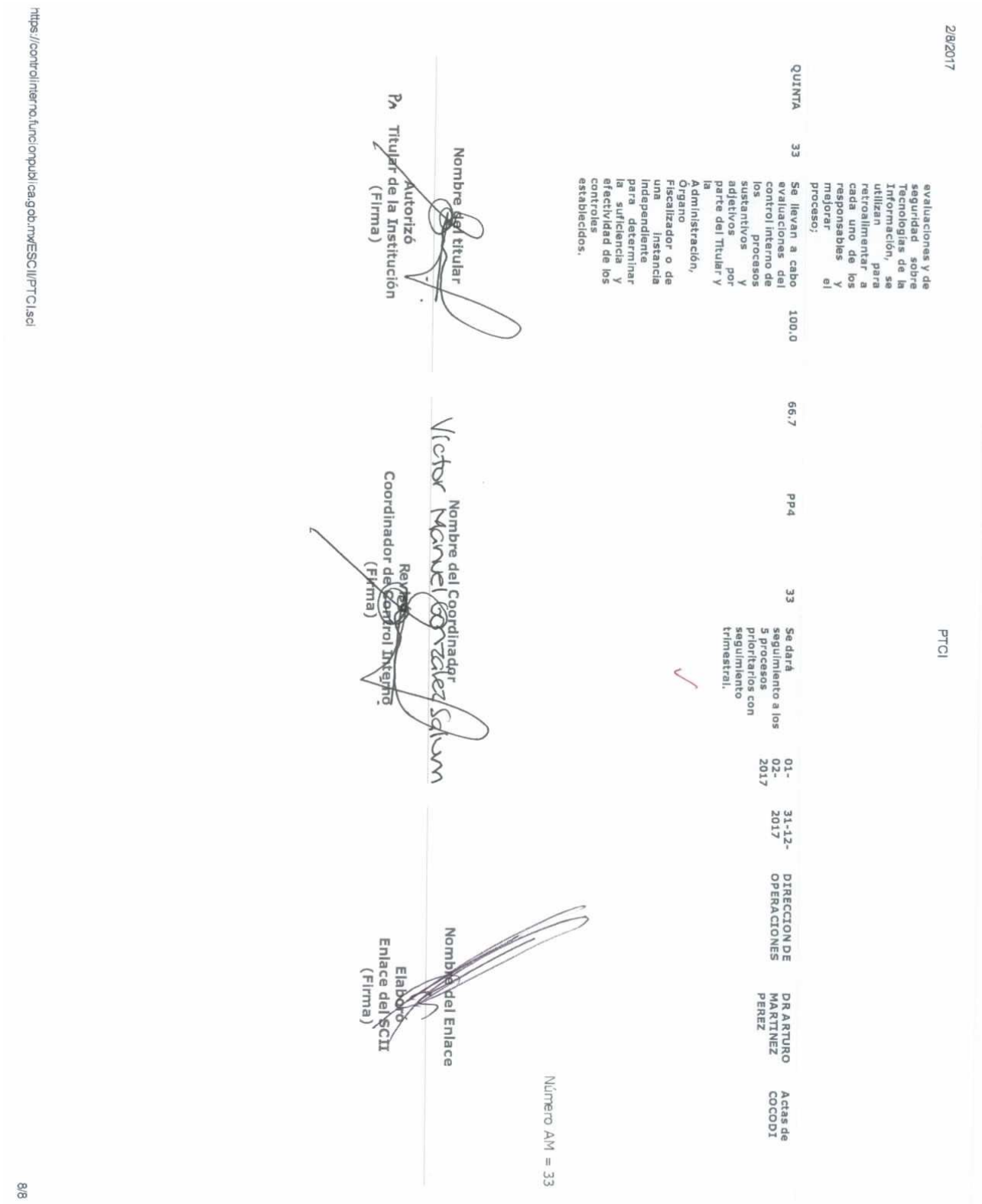
acciones en materia de Estrategia Digital Nacional a TIC 02-2017 2017 REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA BICENTENARIO 2010 ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ TICS

6/8

2/8/2017 PTCI

		presupuestal del proceso;											
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;	100.0	70.0									
CUARTA	29	Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y oportuna atención 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 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).	100.0	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,	100.0	66.7	PP4	32	Se atenderán las auditorias realizadas al area de tecnologias de la Información.	01-02-2017	31-12-2017	DIRECCION DE OPERACIONES	DR ARTURO MARTINEZ PEREZ	Auditorias realizadas por el OIC

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.jsci 7/8



2/8/2017

PTCI

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	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

evaluaciones y de seguridad sobre Tecnologías de la Información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y el mejorar el proceso;

Nombre del titular
Titular de la Institución
(Firma)

Autorizó

Nombre del Coordinador
Coordinador de Control Interno
(Firma)

Revisó

Nombre del Enlace
Enlace del SCII
(Firma)

Elaboró

Número AM = 33

https://controlinterno.funcionpublica.gob.mx/ESCII/PTCI.jsci

8/8

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

"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

SFP
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"

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	% Cumplimiento con base en la 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.

ATENTAMENTE

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

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 JUNIO 2017.

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					
Segundo			78%	33	0
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%
1	7	25

- 1 -

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 JUNIO 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);	40
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);	85
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	85
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.	85
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;	85
11		Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos;	80
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.	80
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;	80
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;	85
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;	8 5
16		Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;	85
17		Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;	85
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;	85
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;	85
20		Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;	85

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 JUNIO 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;	85
21		Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC¿s;	80
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;	80
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	80
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).	85
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;	85
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;	85
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;	85
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;	85
29		Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias (Institucional)	85
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).	85
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;	85
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;	85
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.	85

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 Tecnologias de la Información se captura avance.

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 JUNIO 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 __2_ de ____Agosto_____ de 2017.

El Coordinador de Control Interno

PA **DR. VICENTE E. FLORES RODRIGUEZ**
DIRECTOR GENERAL

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

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

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
"BICENTENARIO 2010"
Comité de Control Interno y Desempeño Institucional
Tercera Sesión Ordinaria 2017. 17 de Agosto de 2017.
"2017. Año del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Ciudad Victoria Tam. a 03 de Agosto de 2017.
Oficio OIC/HRAEV/126/2017.
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 lo establecido en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de aplicación General en materia de Control Interno publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de Noviembre de 2016, numeral 19, fracciones I y II, me permito enviar a usted, el **"Informe de verificación del reporte trimestral de avances del PTCI",** del primer trimestre de 2017, de acuerdo a lo siguiente:

I.- Con fecha 12 de Mayo del presente año, se recibió en este Órgano Interno de Control, mediante correo electrónico reporte en el cual se informan los avances en las acciones del Programa de Trabajo (PTCI) para el ejercicio 2017.

II.- A efecto de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en relación con el reporte de avances trimestrales del PTCI correspondiente al periodo Enero-Marzo 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 18, incisos I, fracciones a y b, se observa que se dio cumplimiento al presentar el resumen de acciones de mejora comprometidas, porcentaje de avance, % que representan, total de acciones en proceso y porcentaje, sin que se reporte ninguna sin avances. En cuanto a la problemática, no se reporta que exista y solo se indica de manera general que todas las acciones tienen avances. En vista de la fecha del reporte, tampoco se puede indicar como contribuyen a mejorar o corregir debilidades de control interno, razón por la cual, se observa como parcialmente cumplida, esto con respecto a la fracción del inciso c de dicho numeral. Así también se dio cumplimiento a la fracción d, del numeral 18, al formalizar el reporte con la firma del presidente del comité al no haber designación del Coordinador de Control Interno.

3.- En cuanto a lo establecido en el numeral 18, inciso II, se observa falta de cumplimiento a la fracciones a relacionada con la oportunidad del reporte. Por otra parte, se pudo comprobar además que dicho reporte se incorporó debidamente en la carpeta informativa de la segunda sesión ordinaria de 2017, celebrado el 19 de Mayo de 2017, en cuyo evento se informaron los detalles del mismo.

Por lo ya expuesto, este Órgano Interno de Control, con fundamento en el artículo 98, fracción XI 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.

SFP
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

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.

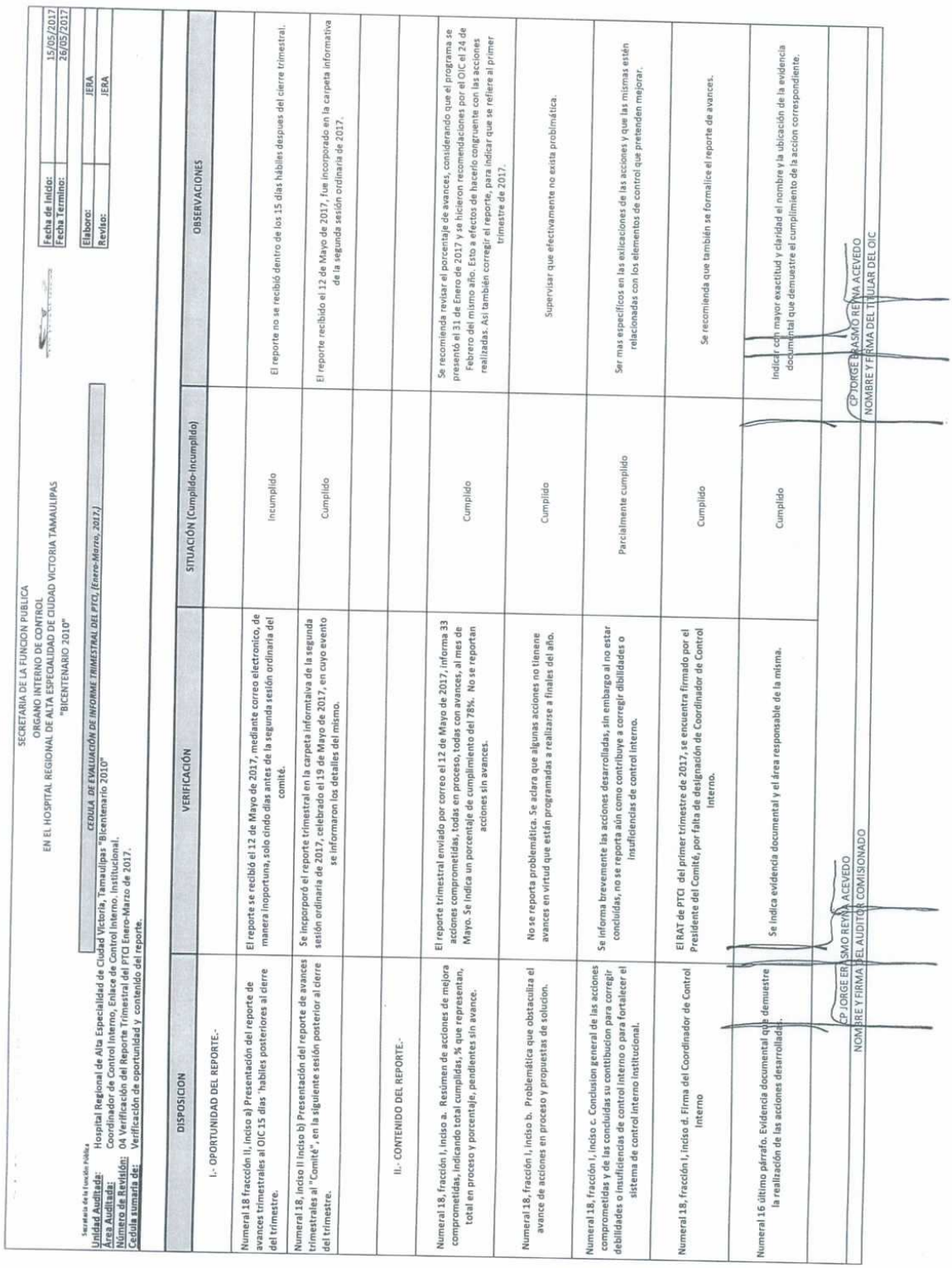
En espera que lo señalado y recomendado se tome en cuenta para fortalecer y mantener funcionando de manera eficiente el sistema de control interno institucional, de acuerdo a las disposiciones vigentes, aprovecho para manifestarle la mejor disposición de un servidor como responsable de esta instancia, 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. CP Victor Manuel González Salum. 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 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



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

Fecha de Inicio: 15/05/2017
Fecha Termino: 26/05/2017

Elaboro: JERA
Reviso: JERA

Secretaría de la Función Pública

CEDULA DE EVALUACIÓN DE INFORME TRIMESTRAL DEL PTCI. (Enero-Marzo, 2017.)

Unidad Auditada: Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas "Bicentenario 2010"
Área Auditada: Coordinador de Control Interno, Enlace de Control Interno. Institucional.
Número de Revisión: 04 Verificación del Reporte Trimestral del PTCI Enero-Marzo de 2017.
Cedula sumaria de: Verificación de oportunidad y contenido 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 12 de Mayo de 2017, mediante correo electronico, de manera inoportuna, solo cindo días antes de la segunda sesión ordinaria del comité.	Incumplido	El reporte no se recibió dentro de los 15 días hábiles despues del cierre trimestral.
Numeral 18, inciso II inciso b) Presentación del reporte de avances trimestrales al "Comité", en la siguiente sesión posterior al cierre del trimestre.	Se incoporoó el reporte trimestral en la carpeta informtaiva de la segunda sesión ordinaria de 2017, celebrado el 19 de Mayo de 2017, en cuyo evento se informaron los detalles del mismo.	Cumplido	El reporte recibido el 12 de Mayo de 2017, fue incorporado en la carpeta informativa de la segunda 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 correo el 12 de Mayo de 2017, informa 33 acciones comprometidas, todas en proceso, todas con avances, al mes de Mayo. Se indica un porcentaje de cumplimiento del 78%. No se reportan acciones sin avances.	Cumplido	Se recomienda revisar el porcentaje de avances, considerando que el programa se presentó el 31 de Enero de 2017 y se hicieron recomendaciones por el OIC el 24 de Febrero del mismo año. Esto a efectos de hacerlo congruente con las acciones realizadas. Así también corregir el reporte, para indicar que se refiere al primer trimestre de 2017.
Numeral 18, fracción I, inciso b. Problemática que obstaculiza el avance de acciones en proceso y propuestas de solucion.	No se reporta problemática. Se aclara que algunas acciones no tienene avances en virtud que están programadas a realizarse a finales del año.	Cumplido	Supervisar que efectivamente no exista problmática.
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.	Se informa brevemente las acciones desarrolladas, sin embargo al no estar concluidas, no se reporta aún como contribuye a corregir dibilidades o insuficiencias de control interno.	Parcialmente cumplido	Ser mas específicos en las exlicaciones de las acciones y que las mismas estén relacionadas con los elementos de control que pretenden mejorar.
Numeral 18, fracción I, inciso d. Firma del Coordinador de Control Interno	El RAT de PTCI del primer trimestre de 2017, se encuentra firmado por el Presidente del Comité, por falta de designación de Coordinador de Control Interno.	Cumplido	Se recomienda que también se formalice el reporte de avances.
Numeral 16 último párrafo. Evidencia documental que demuestre la realización de las acciones desarrolladas.	Se indica evidencia documental y el área responsable de la misma.	Cumplido	Indicar con mayor exactitud y claridad el nombre y la ubicación de la evidencia documental que demuestre el cumplimiento de la accion correspondiente.

CP JORGE ERASMO REYNA ACEVEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL AUDITOR COMISIONADO

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