

XI.- Procesos de Administración de Riesgos Institucional.

a. Matriz.

Matriz de Administración de Riesgos Institucional

Ramo Administrativo / Sección 12 Salud

Institución HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
BICENTENARIO 2010

AUTORIZA
DR. VICENTE ENRIQUE ROMÁNQUEZ

SUPERVISAR
DR. VICENTE ENRIQUE ROMÁNQUEZ (P. AL.)
Coordinador de Control Interno
LIC. YESSICA ESPINOSA ALVAREZ TREVIÑO
Ejec. de Administración de Riesgos

1. EVALUACIÓN RIESGOS

No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		R I E S G O	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR			
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo
2017_1	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	Objetivo	Planear y coordinar las políticas presupuestales mediante la conducción de los procesos internos de planeación, programación, presupuestación, evaluación y control de los recursos materiales y financieros de conformidad con las disposiciones establecidas, para el funcionamiento óptimo y el logro de los objetivos institucionales.	No adherencia o aplicación a la normatividad vigente en los procedimientos de contratación	Operativo Administrativo			1.1	Desconocimiento de la normatividad vigente	Normativo	Interno
								1.2	Necesidades de compras urgentes	Financiero- Presupuestal	Interno
								1.3	Falta de comunicación entre las áreas involucradas en los procedimientos de contratación	Técnico- Administrativo	Interno
								1.4	Justificación inadecuada de los requerimientos	Técnico- Administrativo	Interno
								1.5	Falta de responsabilidad, interés y aplicación por parte de los involucrados en los procesos	Humano	Interno
								2.1	Horarios estandarizados de consulta por médico no definidos	Técnico- Administrativo	Interno
								2.2	Inadecuada planeación de consultas por médico	Técnico- Administrativo	Interno

Procesamiento interno v.

Fecha de Impresión: 12/05/2017

Procesos de Administración de Riesgos



Matriz de Administración de Riesgos Institucional

II EVALUACION DE CONTROLES														
No. de Riesgo	Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?	CONTROL								
		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante		No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control	
2017_1	Procedimientos contractuales incumplidos. Sanciones y procesos de responsabilidad por parte del OJC por no cumplimiento de los pasos obligatorios en la gestión contractual.	9	7	I	NO	SI	1.1.1 LASSP	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	
						SI	1.1.2							
						SI	1.1.3							
						SI	1.1.4							
						SI	1.1.5							
						SI	1.2.1 Control de almacenamientos	Preventivo	SI	SI	NO	NO	Deficiente	
						SI	1.2.2							
						SI	1.2.3							
						SI	1.2.4							
						SI	1.2.5							
					NO									
					NO									
					NO									
	Insatisfacción del usuario por pérdida de la oportunidad en la				NO									

Fecha de impresión: 12/05/2017

Fecha de impresión: 12/05/2017

[Firma manuscrita]

Matriz de Administración de Riesgos Institucional

IV. MAPA DE RIESGOS 2017				V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES	
VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		UBICACIÓN EN CUADRANTES		Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de (de) Acción(es)
No. de Riesgo	Riesgo Controlado Suficientemente	Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia		
			I II III IV		
2017_1	NO	9	7	1	REDUCIR EL RIESGO Llevar un control adecuado de los inventarios e inexistencia de los servicios Realizar la planeación de los requerimientos de compras y contratación de servicios de cada una de las áreas con anticipación Implementar correctivos y/o llamadas de atención con copia al expediente del personal que no muestre interés en cumplir su responsabilidad. Definir de manera formal los días y horarios de consulta por médico de forma estandarizada de acuerdo a las necesidades y planeación del hospital y no de acuerdo a las necesidades del médico. Definir la programación del número de consultas por médico.

Fecha de Impresión: 12/05/2017

3 de 5

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
"BICENTENARIO 2010"
Comité de Control Interno y Desempeño Institucional
Cuarta Sesión Ordinaria 2017. 14 de Noviembre de 2017

Matriz de Administración de Riesgos Institucional

Ramo Administrativo / Sector: **12 Salud**
 Institución: **HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"**

 **AUTORIZO**
DR. VICENTE RUIZ GARCÍA
 Director General

 **SUPERVISO**
DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ (P.A.)
 Coordinador de Control Interno
 INTENDENTE

 **LIC. YVESSEN ESPINOSA ALVAREZ TREVIÑO**
 Encargado de Administración de Riesgos

EVALUACIÓN RIESGOS									
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		R I E S G O	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		F A C T O R	
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción
2017_2	DIRECCIÓN MÉDICA	Objetivo	proceso de atención, médico-quirúrgico de alta especialidad mediante una dirección estratégica del personal médico adscrito para brindar servicios con oportunidad, equidad, eficiencia y calidad a la población de la Región	Oferta de horas médico insuficientes para la demanda de la comunidad	Operativo	Sustantivo		2.3	Interrupción de inmutables Superiores de cada uno de los médicos
								2.4	No cumplimiento de forma permanente de la jornada laboral por parte de los médicos
2017_3	DIRECCIÓN MÉDICA	Objetivo	Programar, dirigir y vigilar el proceso de atención, médico-quirúrgico de alta especialidad mediante una dirección estratégica del personal médico adscrito para brindar servicios con oportunidad, equidad, eficiencia y calidad a la población de la Región	Cobros inadecuados por parte de los médicos por los servicios o procedimientos realizados	Operativo	Legal		3.1	El usuario sea un paciente particular del médico, y el médico le de ese tratamiento dentro del hospital.
								3.2	Abuso por parte de los médicos cuando se trata de sub especialidades o tratamientos poco ofertados
								3.3	Que el paciente desee pagar por recibir una atención privilegiada.
									Humano Interno
									Humano Interno

Fecha de impresión: 12/05/2017

4 de 9



Matriz de Administración de Riesgos Institucional

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES													
No. de Riesgo	Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?	C O N T R O L							
		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante		D e t e r m i n a c i ó n d e S u f i c i e n c i a o D e f i c i e n c i a d e l C o n t r o l		R e s u l t a d o d e l a d e t e r m i n a c i ó n d e l C o n t r o l					
						No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control
2017_2	Observaciones por parte del OIC por la no atención oportuna. Aumento en los tiempos de consulta. Calificación desfavorable para el hospital de acuerdo al comportamiento de sus indicadores de índice de Satisfacción al Usuario. No cumplimiento de la productividad	7	6	I	SI	2.3.1	Manual de Organización Específico	Preventivo	SI	SI	NO	NO	Deficiente
						2.3.2							
						2.3.3							
						2.3.4							
						2.3.5							
2017_3	Insatisfacción de los usuarios del servicio. Quejas y Denuncias. Inhabilitación de los médicos. Actos de corrupción.	6	6	I	NO								

Cita de Impresión: 12/05/2017

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
"BICENTENARIO 2010"
Comité de Control Interno y Desempeño Institucional
Cuarta Sesión Ordinaria 2017. 14 de Noviembre de 2017



Matriz de Administración de Riesgos Institucional

No. de Riesgo	Riesgo Controlado Suficientemente	III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPEO DE RIESGOS 2017				V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES	
		Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)
		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV		
2017_2	NO	7	6	I				EVITAR EL RIESGO	Definir, quien es el jefe inmediato Superior de cada médico especialista de acuerdo al área principal en la que desempeñan sus funciones.
									Realizar supervisiones periódicas al área de consultas para verificar la permanencia de los médicos e implementar un sistema de designaciones para quienes no cumplan con su horario establecido.
2017_3	NO	6	6	I				EVITAR EL RIESGO	Realizar campaña por todo el hospital para denunciar actos de cotro inusado.
									Establecer programas anticorrupción en el hospital.
									Entregar folletos y pegar carteles donde se mencione que ningún servidor puede hacer cobro de manera personal por los servicios prestados.

Fecha de Impresión: 12/05/2017

6 de 9

04

International Association of Agricultural Librarians and Documentalists (IAALD)

68



Matriz de Administración de Riesgos Institucional

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES												
No. de Riesgo	Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?	C O N T R O L						
		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante		No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo

Fecha de Impresión: 12/09/2017

74

[illegible]

Fecha de Impresión: 12/05/2017

Matriz de Administración de Riesgos Institucional



9

[illegible]

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

	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"	
	REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	
EJERCICIO		2017
TRIMESTRE		Tercer (julio-septiembre)

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

Total de Riesgos	Estrategias establecidas				
	Evitar	Reducir	Asumir	Transferir	Compartir
	2	1	0	0	0)
3	Cuadrante	I Atención Inmediata	II Atención Periódica	III Controlados	IV De Seguimiento
		4	0)	0	0

Trimestre	Situación de las Acciones de Control				
	Total de Acciones de Control	Concluidas	% de Cumplimiento *	En Proceso	Pendientes (Sin Avance)
Primero	12	5	42%	5	2
Segundo					
Acumulado al Segundo					
Tercero					
Acumulado al Tercero					
Cuarto					
Acumulado al Cuarto					

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

Acciones de Control En Proceso al Trimestre Reportado:

A.C. con Avance Acumulado menor al 50%	A.C. con Avance Acumulado entre 51% y 80%	A.C. con Avance Acumulado entre 81% y 99%
2	2	1

No.	No. A.C.	Descripción de la Acción de Control	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre
1	01	Riesgo 2017_01.- No adherencia o aplicación a la normatividad vigente en los procedimientos de contratación Dar a conocer a todas las partes involucradas en los procesos de contratación la normatividad vigente.	100%



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

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

EJERCICIO	2017
TRIMESTRE	Tercer (julio-septiembre)

No.	No. A.C.	Descripción de la Acción de Control	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre
2	02	Realizar un curso de capacitación a las áreas requerientes y contratantes sobre procedimientos de contratación y la LAASSP	0
3	03	Realizar la planeación de los requerimientos de compras y contratación de servicios de cada una de las áreas con anticipación	100%
4	04	Llevar un control adecuado de los inventarios e inexistencia de los servicios	100%
5	05	Implementar correctivos y/o llamadas de atención con copia al expediente del personal que no muestre interés en cumplir su responsabilidad.	20%
Riesgo 2017 02.- Oferta de horas medico insuficientes para la demanda de la comunidad			
6	01	Definir de manera formal los días y horarios de consulta por médico de forma estandarizada de acuerdo a las necesidades y planeación del hospital y no de acuerdo a las necesidades del médico.	65%
7	02	Definir la programación del número de consultas por médico.	25%
8	03	Definir quién es el Jefe Inmediato Superior de cada médico especialista de acuerdo al área principal en la que desempeñan sus funciones	100%
9		Realizar supervisiones periódicas al área de consultas para verificar la permanencia de los médicos e implementar un sistema de observaciones para quienes no cumplan con su horario establecido.	82
Riesgo 2017 03.- Cobros inadecuados por parte de los médicos por los servicios o procedimientos realizados			
10	01	Realizar campaña por todo el hospital para denunciar actos de cobro indebido.	70%
11	02	Establecer programas anticorrupción en el hospital.	0
12	03	Entregar folletos y pegar carteles donde se mencione que ningún servidor puede hacer cobro de manera personal por los servicios prestados.	100%

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

- 1.-Excesiva carga de trabajo para realizar las reuniones con los Jefes de Área y Servicio, derivado de las múltiples observaciones del Órgano Interno de Control realizadas a las áreas.
- 2.- La mayoría de los puestos de estructura que intervienen en las acciones es personal de nuevo ingreso y en el tiempo transcurrido aún no ha sido posible ponerse al tanto de todas las actividades.
- 3.- Excesivas solicitudes de información en el INAI, que impiden dedicarle el tiempo necesario a las acciones comprometidas.

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

- 1.- Realizar reuniones con el Órgano Interno de Control a fin de recibir asesoría para realizar un cronograma de actividades.



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA “BICENTENARIO 2010”

REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

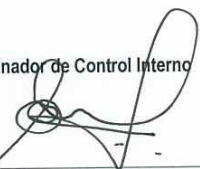
EJERCICIO	2017
TRIMESTRE	Tercer (julio-septiembre)

- c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos:

Solamente se han podido concluir 5 acciones de control lo cual representa un 42%, mientras que 2 acciones (16%) se encuentran pendientes a resolver y 5 más en proceso (42%).

Ciudad Victoria Tamaulipas, a 13 de octubre de 2017.

El Coordinador de Control Interno



C.P. Víctor Manuel González Salum
Director de Administración y Finanzas.

El Enlace de Administración de Riesgos



Lic. Yessenia Esmeralda Álvarez Treviño
Jefe de División

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

Segundo Trimestre de 2017

En atención al 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 30, me permito enviar a usted, el **"Informe de evaluación del reporte de avances trimestral del PTAR"**, del **segundo trimestre de 2017**, de acuerdo a lo siguiente:

I.- Con fecha 03 de Octubre del presente año, se recibió en este Órgano Interno de Control, copia del reporte de avances de las acciones del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos del segundo trimestre de 2017.

II.- A efecto de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en relación a dicho reporte, 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 28, primer párrafo, inciso a) se dio cumplimiento al informarse que de las 12 acciones comprometidas, cuatro están concluidas, dos en proceso y seis sin avances. Se indica el porcentaje de avances de cada una de ellas y el avance general del 33%.

2.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, primer párrafo, inciso b), se cumple parcialmente ya que a pesar que se señala alguna problemática que obstaculiza el cumplimiento de las mismas, solo se menciona una propuesta de solución la que quizás no sea suficiente para evitar la problemática. No se indican en ningún caso, las consideraciones del Comité de la sesión correspondiente.

3.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, primer párrafo inciso c), no se dio cumplimiento, y que se al informar cuatro acciones comprometidas concluidas, no se indican los efectos en el SCII, ni en el cumplimiento de metas y objetivos, por la falta de realización de las acciones.

4.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, primer párrafo inciso d), se cumple ya que el reporte señalado cumple contiene las firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.

5.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, segundo párrafo inciso a), no se dio cumplimiento, ya que el reporte se conoció en la carpeta informativa de la tercera sesión ordinaria del comité, celebrada el 17 de agosto de 2017 y fue enviado para efectos de evaluación, hasta el 03 de Octubre del actual.

6.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, segundo párrafo inciso b), se cumplió al incorporar el reporte de avance trimestral del PTAR del segundo trimestre de 2017 en la tercera sesión ordinaria del COCODI de 2017, registrándose así mismo en la plataforma electrónica.

7.- En lo que respecta al numeral 29 relativo a la evidencia documental que demuestre haber realizado las acciones comprometidas, no se cumple ya que no se indica en el reporte trimestral la evidencia documental que demuestre el cumplimiento de las acciones desarrolladas ni el área responsable o servidor público que las tiene bajo su resguardo.

Por lo 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, se concluye y/o recomienda lo siguiente:

1.- Asegurarse que se prevea la atención y ejecución de todas las acciones comprometidas, de acuerdo al programa establecido y contar con la participación de los responsables, asegurándose que éstos conozcan y comprendan el efecto que pueda tener en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, la falta de la implementación de las mismas.

2.- Se informe con mayor claridad y exactitud, la problemática que obstaculice el cumplimiento de las acciones comprometidas, o en caso de no existir también señalarlo, las propuestas de solución pertinentes e informar además las consideraciones que hayan hecho los miembros del comité en la sesión en la que se haya presentado dicho informe.

3.- Informar el avance general por cada una de las acciones comprometidas.

4.- Informar como contribuye a evitar que el riesgo se materialice, o en su caso como se logra reducir, asumir transferir o compartir el riesgo, los efectos en el SCII o en el cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

5.- Turnar el reporte con firmas originales de los servidores públicos señalados. Asegurarse de turnar oportunamente el reporte trimestral del PTAR correspondiente, a efectos de la evaluación a cargo del OIC, por conducto del Coordinador de Control Interno. Señalar claramente la evidencia documental que demuestre el cumplimiento de las acciones realizadas, el área responsable o servidor público que las resguarda para efectos de evaluación.

Se concluye que el reporte de avances trimestral del PTAR del segundo trimestre de 2017, cumple parcialmente con lo establecido en el numeral 28 de las disposiciones control interno, por lo que es necesario que el enlace de riesgos y el coordinador de control interno establezcan las estrategias necesarias para que el proceso de administración de riesgos institucional se lleve a cabo en apego a dichas normas y sea una herramienta efectiva de planeación y gestión para el cumplimiento eficiente de metas y objetivos estratégicos.

Tercer trimestre de 2017

En atención al 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 30, me permito enviar a usted, el **"Informe de evaluación del reporte de avances trimestral del PTAR"**, del **tercer trimestre de 2017**, de acuerdo a lo siguiente:

I.- Con fecha 13 de Octubre del presente año, se recibió en este Órgano Interno de Control, copia del reporte de avances de las acciones del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos del tercer trimestre de 2017.

II.- A efecto de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en relación a dicho reporte, 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 28, primer párrafo, inciso a) se cumple al informar de las 12 acciones comprometidas, cinco concluidas, cinco en proceso y dos sin avances. Se indica el porcentaje de avances de cada una de ellas y el avance general del 42%.

2.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, primer párrafo, inciso b), se cumple parcialmente ya que a pesar que se señala alguna problemática que obstaculiza el cumplimiento de las mismas, no consideramos que sea la causa real. No se indican consideraciones del Comité de la sesión alguna.

3.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, primer párrafo inciso c), no se dio cumplimiento, y que se al informar cinco acciones concluidas, no se indican los efectos en el SCII, ni en el cumplimiento de metas y objetivos, por la falta de realización de las acciones.

4.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, primer párrafo inciso d), se cumple al contener el reporte trimestral las firmas del Coordinador de Control Interno y Enlace de Administración de Riesgos.

5.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, segundo párrafo inciso a), se dio cumplimiento parcial, ya que se recibió en tiempo pero no por medio oficial. Además dado que no se ha llevado a cabo la sesión del comité en la que debe informarse dicho avance.

6.- En cuanto a lo establecido en el numeral 28, segundo párrafo inciso b), queda pendiente de cumplirse ya que no se ha efectuado la cuarta sesión ordinaria del comité del ejercicio 2017, por lo que se verificara la inclusión en la carpeta informativa y el registro en la plataforma electrónica.

7.- En lo que respecta al numeral 29 relativo a la evidencia documental que demuestre haber realizado las acciones comprometidas, no se cumple ya que no se indica en el reporte trimestral la evidencia documental que demuestre el cumplimiento de las acciones desarrolladas ni el área responsable o servidor público que las tiene bajo su resguardo.

Por lo 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, se concluye y/o recomienda lo siguiente:

1.- Continuar con la atención y ejecución de las acciones comprometidas, de acuerdo al PTAR con la participación de los responsables, quienes deben conocer y comprender el efecto que pueda tener los riesgos identificados o no, en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

2.- Se identifique y exponga realmente la problemática que obstaculice el cumplimiento de las acciones comprometidas, o en caso de no existir también señalarlo. Establecer propuestas de solución pertinentes e informar además las consideraciones que hayan hecho los miembros del comité en la sesión que corresponda.

3.- Informar el avance general por cada una de las acciones comprometidas.

4.- Informar como las acciones desarrolladas contribuye a evitar que el riesgo se materialice, o en su caso como se logra reducir, asumir transferir o compartir el riesgo, los efectos en el SCII o en el cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

5.- Turnar el reporte con firmas originales de los servidores públicos señalados. Asegurarse de turnar oportunamente el reporte trimestral del PTAR correspondiente, a efectos de la evaluación a cargo del OIC, por conducto del Coordinador de Control Interno. Señalar claramente la evidencia documental que demuestre el cumplimiento de las acciones realizadas, el área responsable o servidor público que las resguarda para efectos de evaluación.