

RAMO / SECTOR:

SALUD

INSTITUCIÓN:

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E
INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

Año:

2023

Titular de la Institución

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ

Coordinador de Control
Interno

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

Enlace de Administración de
Riesgos

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO



Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZO
ALMA ROSA PAREDES RAMIREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISO

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno
INTERIOR

OSCAR ALBERTO ELIAS GUJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

I. EVALUACIÓN RIESGOS																
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_1	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	Objetivo	Garantizar a todo solicitante la información publica de oficio que posee el Instituto	No cumplir con las respuestas a las solicitudes de información	Directivo	Legal		1.1	que las áreas no entreguen la información en tiempo y forma	Humano	Interno	Sanciones administrativas por el incumplimiento de la Ley General de Transparencia del Estado de Coahuila y el derecho al acceso a la información Pública	7	5	IV	SI
								1.2	La solicitud no corresponde a la Unidad de enlace y/o la información solicitada no existe	Humano	Externo					SI
								1.3	la solicitud contiene demasiada información, que sobrepasa las capacidades técnicas del Instituto	Humano	Externo					SI
2023_2	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	Objetivo	Disponer de un mecanismo eficaz para la atención a la ciudadanía, a efecto de mejorar nuestros procesos, tomando en cuenta la opinion y participación ciudadana dando un seguimiento preciso a las quejas y sugerencias que se generan en espacios de atención directa al público o bien de manera electrónica.	Falta de seguimiento a quejas y/o sugerencias por parte de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	Directivo	Administrativo		2.1	Ejercer una actdtud contraria de servicio, respeto y cordialidad en el trato, incumpliendo protocolos de actuación o atención al público	Humano	Interno	El incumplimiento de la Ley General de Responsabilidades Administrativas (Art. 7)	7	5	IV	SI
								2.2	Realizar trámites y otorgar servicios de forma deficiente, retrasando los tiempos de respuesta, consultas, trámites, gestiones y servicios	Humano	Interno					SI
								2.3	Falta de criterios y normas técnicas para establecer los procedimientos que deben observarse para cumplir con la función de garantizar la atención oportuna de las quejas y sugerencias administrativas	Humano	Interno					SI

SUPERVISÓ

AUTORIZÓ

Ramo Administrativo
/ Sector:

SALUD

Institución:

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE
COAHUILA

ALMA ROSA PAREDES
RAMÍREZ,
Titular de la Institución

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA ,
Coordinador de Control interno

OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS - 2023		V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES											
No. de Riesgo	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)							
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV									
2023_1	1.1.1	Comunicación con todas las áreas del Instituto respecto a las solicitudes de información que las correspondan	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	3	2		III	REDUCIR EL RIESGO		1.- Se recibe la solicitud de información; 2.- Se realiza un memorandum requiriendo la información al área correspondiente indicándole los días que tiene para dar respuesta a la Unidad de Transparencia; 3.- el área tiene la responsabilidad de buscar la información para dar cumplimiento en tiempo y forma a la solicitud de información.								
	1.1.2																						Enviar la respuesta de incompetencia al solicitante o en su caso de inexistencia de la información.	
	1.1.3																							
	1.1.4																							
	1.1.5																							
	1.2.1	Se contesta al solicitante de la inexistencia de la información o que no corresponde al Instituto	Detectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																
	1.2.2																							
	1.2.3																							
	1.2.4																							
	1.2.5																							
	1.3.1	Se invierte tiempo extraordinario para el cumplimiento de las solicitudes	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																Concientizar al personal para que conozca el alcance de la importancia de dar cumplimiento en tiempo y forma para no incurrir en responsabilidades administrativas.
	1.3.2																							
	1.3.3																							
	1.3.4																							
	1.3.5																							
2023_2	2.1.1	Sensibilización del proceso de Quejas y Sugerecias al personal de las Unidades Aplicativas del ISSREEI, así como crear protocolos con el personal involucrado con las quejas y sugerencias de la ciudadanía	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	5	3		III	REDUCIR EL RIESGO		Se solicita, la información con respecto a quejas y sugerencias recibidas así como el seguimiento y solución emitidas por las diferentes Unidades Aplicativas del ISSREEI								
	2.1.2																							
	2.1.3																							
	2.1.4																							
	2.1.5																							
	2.2.1	Garantizar la atención oportuna de las quejas y sugerencias administrativas en tiempo y forma como lo indican los Lineamientos Generales para la Atención de las Quejas y Sugerecias Administrativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															Las Unidades Aplicativas deberán enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido	
	2.2.2																							
	2.2.3																							
	2.2.4																							
	2.2.5																							
	2.3.1	Selección de personal idóneo y técnicamente experimentado	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															Conforme a los Lineamientos Generales de Atención de Quejas y Sugerecias de Usuarios, remitir a la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas un reporte de quejas y sugerencias recibidas , resolución de las mismas y el indicador generado	
	2.3.2	dar seguimiento efectivo de las quejas y sugerencias que se manifiestan	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																
	2.3.3																							
	2.3.4																							
	2.3.5																							

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
 Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZO
ALMA ROSA PARADES RAMÍREZ
 Titular de la Institución

SUPERVISO
JOSÉ FRANCISCO DE LA PENA PLATA
 Coordinador de Control Interno
OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO
 Encicé de Administración de Riesgos

I. EVALUACIÓN RIESGOS																
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_3	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	Objetivo	Fortalecer la gestión documental en el marco de potenciar la conservación y disponibilidad de los documentos, como premisa fundamental para la transparencia, el derecho de acceso a la información, la protección de datos personales, la eficiencia administrativa y la rendición de cuentas mediante la adopción de criterios normalizados y buenas practicas	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto	Directivo	Administrativo		3.1	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto, lo que origina desinformación, extravío de documentos, retraso en algunos trámites e ineficiencias	Humano	Interno	El incumplimiento de la Ley General de Archivos Públicos	7	5	IV	SI
								3.2	Falta de interés por parte del personal para llevar a cabo un control de archivo	Humano	Interno					SI
								3.3	Falta de criterios y normas técnicas y jurídicas para hacer efectiva la creación, organización, transferencia, conservación y servicios de los archivos teniendo en cuenta lo establecido en la Ley General de Archivos	Humano	Interno					SI
2023_4	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	Objetivo	Implementar Tabulador de Sueldos para empleados del Instituto	No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	Directivo	Administrativo		4.1	El salario debiera ser adecuado al sector salud (rama medica, paramedica a fin y administrativa)	Normativo	Interno	No estandarizar el nivel salarial adecuado al sector salud ocasionando Costos Administrativos	8	5	IV	SI
								4.2	Los codigos deben estar de acuerdo con la estructura organizacional	Normativo	Interno					SI
								4.3	Conciden tabulador con sistema de nomina	Técnico-Administrativo	Interno					SI

Ramo Administrativo
/ Sector:

SALUD

Institución:

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE
COAHUILA

AUTORIZO

ALMA ROSA PAREDES
RAMÍREZ
Titular de la Institución

SUPERVISO

JOSÉ FRANCISCO DE LA PENA PLATA,
Coordinador de Control Interno

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAYARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

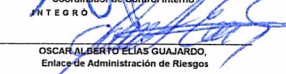
II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2023				V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES								
No. de Riesgo	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)						
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV								
2023_3	3.1.1	Tener mayor contacto con el personal e implementar los sistemas de archivo como son el catálogo de archivos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	5	2			III	REDUCIR EL RIESGO	Solicitar a las áreas los informes de gestión requeridos y de manera permanente y poder determinar adecuadamente las decisiones							
	3.1.2																						
	3.1.3																						
	3.1.4																						
	3.1.5																						
	3.2.1	Impartición de capacitaciones periódicamente y actualización del estado de los archivos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															Que se cuente con la información actualizada de interés para los involucrados en los archivos, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad.
	3.2.2																						
	3.2.3																						
	3.2.4																						
	3.2.5																						
	3.3.1	Selección de personal idóneo y técnicamente experimentado	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															Motivación y socialización del requerimiento ético para el ejercicio de las funciones, promover en el archivo la cultura del orden y la transparencia
	3.3.2	Procesos documentales en calidad y debida segregación	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															
	3.3.3																						
	3.3.4																						
	3.3.5																						
2023_4	4.1.1	Sea autorizado por la junta de consejo y avalado por SEFIR, SEFIN y ASECC	Correctivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente	NO	8	5			IV		Se notificara mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR, SEFIN, ASECC) de ser aprobado por el consejo.							
	4.1.2																						
	4.1.3																						
	4.1.4																						
	4.1.5																						
	4.2.1	Revisión del código tabulador con organigrama	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															Se realizaran de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del instituto
	4.2.2																						
	4.2.3																						
	4.2.4																						
	4.2.5																						
	4.3.1	Revisión de la nómina quincenal (Eventual y Extraordinaria)	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente															Se realizara resumen quincenal de la nómina (Eventual y Extraordinaria) de acuerdo con el tabular y el sistema de nómina.
	4.3.2																						
	4.3.3																						
	4.3.4																						
	4.3.5																						

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZO

ALMA ROSA PAREDES RAMIREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISO

JOSE FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno
INTERNO

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

EVALUACIÓN RIESGOS																
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_6	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	Objetivo	Contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	Directivo	Administrativo		5.1	Falta de definir procesos efectivos	Técnico-Administrativo	Interno	*No llevar a cabo las funciones y/o procesos de cada área de manera efectiva y eficiente *Duplicidad de funciones *Desconocimiento de funciones *Incumplimiento de la normatividad	8	6	I	SI
								5.2	Falta de interés y compromiso del personal de elaborar y/o actualizar los manuales	Humano	Interno					SI
								5.3	Falta de comunicación	Humano	Interno					SI
																SI
																SI
2023_6	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	Objetivo	Mantener en optimas condiciones de operatividad todo el equipo de computo del instituto.	No mantener en optimas condiciones todo el equipo de computo.	Operativo	TIC's		6.1	Servicio de Internet abierto para los usuarios de las diferentes áreas	TIC's	Externo	Afecta la operación de las áreas para el cumplimiento en tiempo y forma de los procesos de la organización y/o los requerimientos de auditoría requeridos para el organismo	9	8	I	SI
								6.2	Licencia de paquetería Office y antivirus	TIC's	Interno					SI
								6.3	servicios de soporte tecnico realizados sin comprobar en las diferentes areas y hospitales	TIC's	Interno					SI

SUPERVISOR

AUTORIZO

Ramo Administrativo / Sector:

SALUD

Institución:

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

ALMA ROSA PAREDES RAMIREZ, Titular de la Institución

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA, Coordinador de Control Interno

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO, Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES			IV. MAPA DE RIESGOS 2023		V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES		
No. de Riesgo	CONTROL							Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES			Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)	
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo		Resultado de la determinación del Control	Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II			III
2023_5	5.1.1	Se solicita a todas las áreas que definan sus procesos sustantivos.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	4			IV	REDUCIR EL RIESGO	Determinar y elaborar los procedimientos sustantivos por cada una de las áreas. Que las Unidades Aplicativas cuenten con sus Manuales de Organización.
	5.1.2	Guías para la elaboración de manuales.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								Difusión a toda la organización de los planes y programas, así como la importancia de contar con manuales y procedimientos.
	5.1.3	Aplicación de cuestionarios	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.1.4	Documentar los procesos sustantivos de cada área.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.1.5															
	5.2.1	Llevar a cabo cursos de capacitación al personal	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.2.2	Concientizar al personal de la importancia de contar con manuales.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.2.3															
	5.2.4															
	5.2.5															
	5.3.1	Difundir por la red interna a todo el personal las Guías para la Elaboración de Manuales.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.3.2	Enviar por correo electrónico toda la normatividad en la materia.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.3.3	Solicitar el apoyo a los Directores y Administradores de las Unidades para que hagan extensivo a todo el personal, la normatividad que se les envía.	Preventiva	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.3.4	A través de los gestores de calidad solicitar el apoyo para distribución de la información así como asesores en la elaboración de los manuales.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.3.5															
	5.4.1	Difundir y en su caso capacitar a todo el personal sobre las Guías y demás normatividad para la Elaboración de Manuales.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.4.2	Evaluar los resultados de las acciones y/o actividades difundidas	Defectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.4.3	A través de los gestores de calidad solicitar el apoyo para asesorar y orientar.	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente								
	5.4.4															
5.4.5																
5.5.1	Realizar visitas de revisión de avances.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	5	4		III	REDUCIR EL RIESGO	Realizar evaluaciones de manera periodica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.		
5.5.2	Enviar por correo la solicitud de los avances.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
5.5.3	Llevar a cabo talleres (si la contingencia lo permite)	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
5.5.4	Reinstalación de observaciones a los manuales revisados por SEFIRC.	Defectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
5.5.5																
6.1.1	Instalación de equipos de red sofisticados para el control y monitoreo del servicio de internet y banda ancha	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
6.1.2																
6.1.3																
6.1.4																
6.1.5																
6.2.1	mantener cambiante la contraseña del internet inalámbrico para así evitar el uso de dicho servicio por personal no autorizado	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
6.2.2																
6.2.3																
6.2.4																
6.2.5																
6.3.1	realizar formato para orden de servicio de cada área que así lo requiera	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
6.3.2																
6.3.3																
6.3.4																
6.3.5																

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZÓ
ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno
INTEGRÓ

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

I. EVALUACIÓN RIESGOS																
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_7	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	Objetivo	Eficientar en tiempo y forma la captura de información y pago de las cuentas por pagar a proveedores	Deficiencia en la captura de información y pago de las cuentas por pagar a proveedores	Operativo	Administrativo		7.1	Deficiencia en Controles Internos	Humano	Externo	Duplicidad en sistema SIIF y pago a proveedores de unidades aplicativas del ISSREEI	8	8	I	SI
								7.2	Entrega de la misma documentación para afectar a varias unidades aplicativas	Humano	Externo					SI
								7.3	retención de documentación y retrasa la captura de las cuentas por pagar en sistema SIIF	Humano	Externo					SI
2023_8	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	Objetivo	Mantener la recuperación del pago de facturación generada por servicios prestados a Subrogados	No mantener la recuperación del pago de facturación generada por los servicios Subrogados	Operativo	Administrativo		8.1	Dificultad de comunicación con los departamentos involucrados para agilizar el pago de facturación de las instituciones subrogadas.	Entorno	Externo	Atrazo significativo en el pago de la facturación ya generada en tiempo adecuado y en los ingresos del ISSREEI y afectando al flujo de capital para la solvencia de compromisos adquiridos y la toma de decisiones.	8	3	IV	SI
								8.2	Control de facturación y soporte de facturación para tener identificados los adeudos y su óptimo manejo.	Humano	Interno					SI
								8.3	Tardanza en revisión, conciliación y autorización del cobro por parte de autoridades de instituciones subrogadas.	Entorno	Externo					SI
								8.4	Se envía para su cobro Facturación incompleta o con errores, lo cual retrasa su pago por no cumplir con los requerimientos de la Institución Subrogada.	Humano	Interno					SI

Ramo Administrativo / Sector: SALUD

Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZÓ

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUALJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2023		V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES												
No. de Riesgo	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)								
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV										
2023_7	7.1.1	Para un mejor control se involucra a unidades aplicativas en procesos de revisión, recepción, integración de documentos y elaboración de cuentas por pagar	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	6	4				IV	ASUMIR EL RIESGO	Capacitación al personal de las áreas contables del proceso administrativo y contable para documentar los expedientes, así como la captura en el sistema SIIF de cuentas por pagar.								
	7.1.2																								
	7.1.3																								
	7.1.4																								
	7.1.5																								
	7.2.1	Cada unidad aplicativa enviará copia y documentación soporte por proveedor, y así evitaremos que el área de Rec. Materiales duplique facturas para aplicar a otra unidad	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	Las unidades aplicativas documentaran los expedientes con su cuenta por pagar.
	7.2.2																								
	7.2.3																								
	7.2.4																								
	7.2.5																								
	7.3.1	Se estableció tiempo de entrega de 2 días de las cuentas por pagar a proveedores	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	
	7.3.2	Control interno por parte de la unidad aplicativa para el envío al ISSREI de sus comprobaciones	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	
	7.3.3	El departamento de Rec. Materiales revisa la documentación y la envía a Rec. Financieros para programación de pagos	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	
	7.3.4	Se elabora el pago, se envía transferencia bancaria a la unidad aplicativa para su control interno y aviso al proveedor de que facturas se le está pagando	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	
	7.3.5																								
2023_8	8.1.1	Directorio	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	2				IV	EVITAR EL RIESGO	Se actualiza Directorio de Directivos y personal con facultades para agilizar los pagos.								
	8.1.2																								
	8.1.3																								
	8.1.4																								
	8.1.5																								
	8.2.1	Integración de documentación soporte para cada factura	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	Se elaboran carpetas de control de facturación
	8.2.2																								
	8.2.3																								
	8.2.4																								
	8.2.5																								
	8.3.1	Gestión de agilización de pagos mediante labor de seguimiento y oficios	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																	Apremio a departamentos responsables por medio de visitas personales y oficios.
	8.3.2																								
	8.3.3																								
	8.3.4																								
	8.3.5																								
8.4.1	Revisión previa	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente										Se efectúa revisión de la facturación a manera de filtro, previo a la entrega para su cobro para evitar sea devuelta por soporte incompleto.								
8.4.2																									
8.4.3																									
8.4.4																									
8.4.5																									

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSE FRANCISCO DE LA PENA PLATA,
Coordinador del Control Interno

INTENDIÓ

OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

I. EVALUACIÓN RIESGOS

No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_9	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	Objetivo	Llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos específicos establecidos	No llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos específicos establecidos	Operativo	Administrativo		9.1	Que el personal de cada unidad aplicativa conserve actualizado su levantamiento y control de activo fijo e insumos	Técnico-Administrativo	Interno	Que la relación documentada de activo fijo de cada una de las unidades aplicativas no coincida con los registros que arrojan los auxiliares contables. Observaciones por parte de nuestros organismos fiscalizadores a los procesos de levantamiento y control de activo fijo	9	7	I	SI
								9.2	Homologar los formatos y procedimientos, así como implementar un instructivo de llenado del formato mencionado	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								9.3	Realizar los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								9.4	Identificar los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades aplicativas en base a los resguardos	Técnico-Administrativo	Interno					SI
2023_10	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	Objetivo	Asegurar la acreditación y/o certificación de las unidades médicas aplicativas a cargo del ISSREEI mediante la autoevaluación de los procesos en cada una de las áreas correspondientes de dichas unidades, enfocándose a mejorar de forma eficaz y eficiente la calidad en los procesos de atención y de seguridad del paciente de acuerdo a la pauta que marca la secretaria de salud.	* No se logre brindar un servicio con calidad * NO se otorge la acreditación y certificación de las unidades médicas a nuestro cargo con la consecuente falta de inclusión en los presupuestos federales necesarios para el desarrollo de los programas de atención médica indispensables que la ciudadanía necesita.	Estratégico	Salud		10.1	No cumplir con los procesos de consulta externa en los diferentes servicios de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica correspondientes a cada Patología.	Normativo	Interno	NO lograr una atención de Calidad en las unidades Aplicativas del ISSREEI, así como no conseguir el dictamen de acreditación y/o certificación en las unidades que serán evaluadas por la Unidad de Innovación y Mejora Continua de la Secretaría de Salud, con la consecuente afectación presupuestal necesaria para el desarrollo adecuado de los servicios médicos dirigidos a la población usuaria tanto INSABI como Subrogada.	10	8	I	SI
								10.2	No cumplir con la acreditación de la Unidad Aplicativa: CESAME	Normativo	Interno					SI
								10.3	No llevar a cabo en forma adecuada el proceso de consulta externa en las unidades aplicativas a evaluar: Hospital del Niño, CESAME y CEAM	Normativo	Interno					SI
								10.4	No cumplir con MANUALES ESPECÍFICOS DE PROCEDIMIENTOS	Normativo	Interno					SI
								10.5	No garantizar la atención en forma eficaz y eficiente en cuanto al servicio de urgencias de CESAME, CEAM y H. NIÑO se refiere.	Normativo	Interno					SI

SUPERVISÓ

AUTORIZÓ

Ramo Administrativo
/ Sector:

SALUD

Institución:

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE
COAHUILA

ALMA ROSA PAREDES
RAMÍREZ,
Titular de la Institución

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA
Coordinador de Control Interno

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2023		V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES													
No. de Riesgo	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)									
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Esta Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV											
2023_9	9.1.1	Manual de procedimientos	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	4				IV		Se realizará una revisión semestral en cada una de las unidades aplicativas a su relación y control de activo fijo e insumos									
	9.1.2																									
	9.1.3																									
	9.1.4																									
	9.1.5																									
	9.2.1	Formatos de resguardos y listados de bienes de activo fijo	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																		
	9.2.2																									
	9.2.3																									
	9.2.4																									
	9.2.5																									
	9.3.1	Manual de procedimientos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																		
	9.3.2																									
	9.3.3																									
	9.3.4																									
	9.3.5																									
9.4.1	Actualización de resguardos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																			
9.4.2																										
9.4.3																										
9.4.4																										
9.4.5																										
2023_10	10.1.1	Actualizar el uso y aplicación de las Guías de Práctica Clínica en los servicios de atención médica en la consulta externa de las Unidades Aplicativas	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	6					REDUCIR EL RIESGO	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.									
	10.1.2	Actualizar las 10 principales patologías más frecuentes que se realizan en la consulta externa	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																		
	10.1.3																									
	10.1.4																									
	10.1.5																									
	10.2.1	Corregir cada una de las observaciones emitidas por los acreditadores en la autoevaluación de las Unidades Aplicativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																		
	10.2.2																									
	10.2.3																									
	10.2.4																									
	10.2.5																									
	10.3.1	Evaluar las condiciones de infraestructura de cada una de las unidades en la consulta externa	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																		
	10.3.2																									
	10.3.3																									
	10.3.4																									
	10.3.5																									
	10.4.1	Actualizar, aplicar y evaluar los manuales específicos de procedimientos para la consulta externa	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																		
	10.4.2																									
10.4.3																										
10.4.4																										
10.4.5																										
10.5.1	Aplicar y actualizar cada una de las guías de Práctica Clínica necesarias en el área de los servicios de urgencias	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente																			
10.5.2																										
10.5.3																										
10.5.4																										
10.5.5																										

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZO
ALMA ROSA PAREDES RAMIREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno
INTEGRA

OSCAR ALBERTO ELIAS GUILLARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

I. EVALUACIÓN DE RIESGOS																
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_11	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	Objetivo	Llevar a cabo los procedimientos de Adquisiciones de Bienes y contratación de Servicios en tiempo y forma, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia	No llevar a cabo los procedimientos de Adquisiciones de Bienes y contratación de Servicios en tiempo y forma, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia	Operativo	Otro	RIESGO DE CORRUPCIÓN	11.1	Realizar contrataciones con proveedores no registrados en el padrón de proveedores del Gobierno del Estado	Normativo	Interno	*Beneficio personal de servidores públicos. *Observaciones por parte de nuestros organismos fiscalizadores a los procesos de adjudicación.	9	7	I	SI
								11.2	Contratación de adquisiciones y/o servicios sin atender la normatividad aplicable.	Normativo	Interno					SI
								11.3	Aplicar de manera incorrecta los procedimientos de licitación pública, invitación a cuando menos tres o en su caso adquisición directa de bienes o servicios	Normativo	Interno					SI
								11.4	No llevar a cabo las reuniones del Subcomité de Adquisiciones	Técnico-Administrativo	Interno					SI
2023_12	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	Objetivo	Realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	No realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	Operativo	Otro	RIESGO DE CORRUPCIÓN	12.1	Fallas en el sistema SIIF	Técnico-Administrativo	Interno	Atrozo en la información y registros deficientes para una adecuada toma de decisiones	8	7	I	SI
								12.2	No capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	Humano	Interno					SI
								12.3	Errores u omisiones en los registros contables	Humano	Interno					SI
								12.4	Deficiente integración del soporte documental	Humano	Interno					SI

SUPERVISÓ

AUTORIZÓ

Ramo Administrativo / Sector: SALUD

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA FLATA,
Coordinador de Control Interno

Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

ALMA ROMÁN PAREDES RAMÍREZ,
Titular de la Institución

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

No. de Riesgo	II. EVALUACIÓN DE CONTROLES								III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES			IV. MAPA DE RIESGOS 2023				V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES	
	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV		
2023_11	11.1.1	Registro en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado en la página de SEFIRIC.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	NO	9	7					EVITAR EL RIESGO	Contratación de proveedores inscritos en el padrón.
	11.1.2																
	11.1.3																
	11.1.4																
	11.1.5																
	11.2.1	Ley de Adquisiciones y Contratación de Servicios	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Realizar la contratación mediante el procedimiento de adjudicación que señala la normatividad aplicable.
	11.2.3	Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contratación de Servicios (en su caso)	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	11.2.4																
	11.2.5																
	11.3.1	Ley de Adquisiciones y Contratación de Servicios	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Se realizarán durante el primer trimestre los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres para el ejercicio 2022
	11.3.2	Procedimiento Específico de Adquisiciones						Falta Valorar el Control									
	11.3.3																
	11.3.4																
	11.3.5																
	11.4.1	Formalizar la estructura y realizar reuniones del Subcomité de Adquisiciones cada vez que se reúnan	Correctivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente									Se realizará durante el primer trimestre la reestructuración del subcomité de adquisiciones del ISGREEI y llevar a cabo las reuniones que se requieran.
	11.4.2	Llevar a cabo reuniones del Subcomité de Adquisiciones	Correctivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente									
	11.4.3																
	11.4.4																
	11.4.5																
2023_12	12.1.1	Apoyo con personal de sistemas y de la ASEC	Detectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	6					EVITAR EL RIESGO	Notificar de manera inmediata fallas en el SIIF
	12.1.2																
	12.1.3																
	12.1.4																
	12.1.5																
	12.2.1	Supervisiones a las Unidades Aplicativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Supervisión a las Unidades Aplicativas para verificar la captura en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.
	12.2.2																
	12.2.3																
	12.2.4																
	12.2.5																
	12.3.1	Revisión periódica a los registros contables	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Monitoreo frecuente en el sistema contable para detectar errores u omisiones
	12.3.2																
	12.3.3																
	12.3.4																
	12.3.5																
	12.4.1	Revisión a la integración documental de las pólizas contables	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada póliza
	12.4.2																
	12.4.3																
	12.4.4																
	12.4.5																
	12.5.1																
	12.5.2																
	12.5.3																
	12.5.4																
	12.5.5																

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZO
ALMA ROSA RIVERA RAMIREZ
Titular de la Institución

SUPERVISÓ
JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA
Coordinador de Control Interno
INTEGRO
OSCAR ALBERTO ELIAS GUJARDO
Enlace de Administración de Riesgos

EVALUACIÓN RIESGOS																
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_13	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	Objetivo	Revisar y vigilar los procedimientos de selección y contratación de personal.	Omisión de los procedimientos y normativa a la selección de personal.	Directivo	Otro	RIESGO DE CORRUPCION	13.1	No cumplir con los procedimientos para la selección de personal.	Normativo	Interno	*Deficiencia en las funciones del puesto. *Falta de compromiso al Instituto. *Nepotismo	8	7	I	SI
								13.2	Contratación de personal sin reunir el perfil, nivel de estudios y experiencia que se requiere para el puesto	Normativo	Interno					SI
								13.3	Códigos y/o sueldos de acuerdo al nivel de responsabilidad	Humano	Interno					SI
								13.4	Desconocimiento de las funciones y grado de responsabilidad	Humano	Interno					SI
2023_14	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	Meta	Adecuado manejo de la información confidencial hacia otras áreas o fuera de la Institución.	Inadecuado manejo de la información confidencial hacia otras áreas o fuera de la Institución.	Operativo	Otro	RIESGO DE CORRUPCION	14.1	Entregar información confidencial a cambio de beneficios personales.	Humano	Interno	*Denuncias hacia la Institución y mal uso de la información confidencial y/o reservada *No garantizar la protección de datos personales.	8	6	I	SI
								14.2	No cumplir con los tiempos que determina la normatividad	Humano	Interno					SI
								14.3	Proporcionar información falsa o incompleta, confidencial y/o reservada	Humano	Interno					SI

SUPERVISÓ

AUTORIZÓ

Ramo Administrativo / Sector: SALUD

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA
Coordinador de Control Interno

Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ
Titular de la Institución

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO
Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES			IV. MAPA DE RIESGOS 2023			V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES		
No. de Riesgo	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia		II	III	IV		
2023_13	13.1.1	Procedimientos actualizados para selección de personal.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	NO	8	7					EVITAR EL RIESGO	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos
	13.1.2	Cumplir con la normatividad aplicable	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.1.3	Mantener una bolsa de trabajo actualizada	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.1.4																
	13.1.5																
	13.2.1	Aplicar entrevistas y/o exámenes de conocimientos de acuerdo al puesto	Preventivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	13.2.2	Verificar la experiencia y el perfil requerido	Detectivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente									
	13.2.3	Integrar o en su caso actualizar la documentación completa al expediente personal	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.2.4																
	13.2.5																
	13.3.1	Asignar códigos de acuerdo al nivel de responsabilidad	Preventivo	SI	SI	NO	NO	Deficiente									
	13.3.2	Supervisiones a la Unidades Aplicativas para verificar al personal que no cumpla con sus horarios y funciones que le correspondan	Detectivo	NO	NO	SI	SI	Deficiente									
	13.3.3	Aplicar incidencias de asistencia	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.3.4																
	13.3.5																
13.4.1	Inducción al puesto	Preventivo	NO	NO	NO	SI	Deficiente										
13.4.2	Capacitaciones y actualizaciones	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente										
13.4.3	Aplicar encuestas del clima organizacional	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente										
13.4.4	Evaluar el desempeño						Falta Valorar el Control										
13.4.5																	
2023_14	14.1.1	Resguardo de la información confidencial	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	2			IV	EVITAR EL RIESGO	Resguardo de documentos físicos y electrónicos con las medidas de seguridad correspondientes.	
	14.1.2	Acceso restringido a la información confidencial vía reservada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	14.1.3																
	14.1.4																
	14.1.5																
	14.2.1	Revisión diaria en plataforma de solicitudes de información	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	14.2.2	Se envía al área correspondiente la solicitud de información para ser atendida en tiempo y forma	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	14.2.3																
	14.2.4																
	14.2.5																
	14.3.1	Personal capacitado para la atención de las solicitudes de información	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	14.3.2																
	14.3.3																
	14.3.4																
	14.3.5																

Ramo Administrativo / Sector: SALUD
Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

ALMA ROSA PAREDES RAMIREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISOR

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno
INTERNO

OSCAR ALBERTO ELIAS GUJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

I. EVALUACIÓN RIESGOS

No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de declaración del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2023_15	COORDINACIÓN JURÍDICA	Estrategia	Asuntos Médico-Legales en las Unidades Aplicativas, los que por falta de seguimiento podrían convertirse en una demanda.	Demanda que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algún mandato de autoridad.	Operativo	Legal		15.1	falta de comunicación efectiva entre el personal operativo y directivo ante un asunto médico-legal.	Humano	Interno	Sanciones por incumplimiento a mandatos judiciales y/o autoridades administrativas por incumplimiento a sus determinaciones	8	8	I	SI
								15.2	falta de implementación de bitácora de asuntos médico-legales en las Unidades Aplicativas así como el llenado e integración completa de los documentos médico legales en	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								15.3	responsable de asuntos-médico-legales en fines de semana en las Unidades Aplicativas	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								15.4	falta de conocimiento de las autoridades jurisdiccionales respecto a los servicios que se prestan y las condiciones de cada unidad aplicativa	Normativo	Externo					SI

Ramo Administrativo / Sector: SALUD

Institución: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

AUTORIZÓ

ALMA ROMÁN PAREDES RAMÍREZ
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA
Coordinador de Control Interno

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO
Enlace de Administración de Riesgos

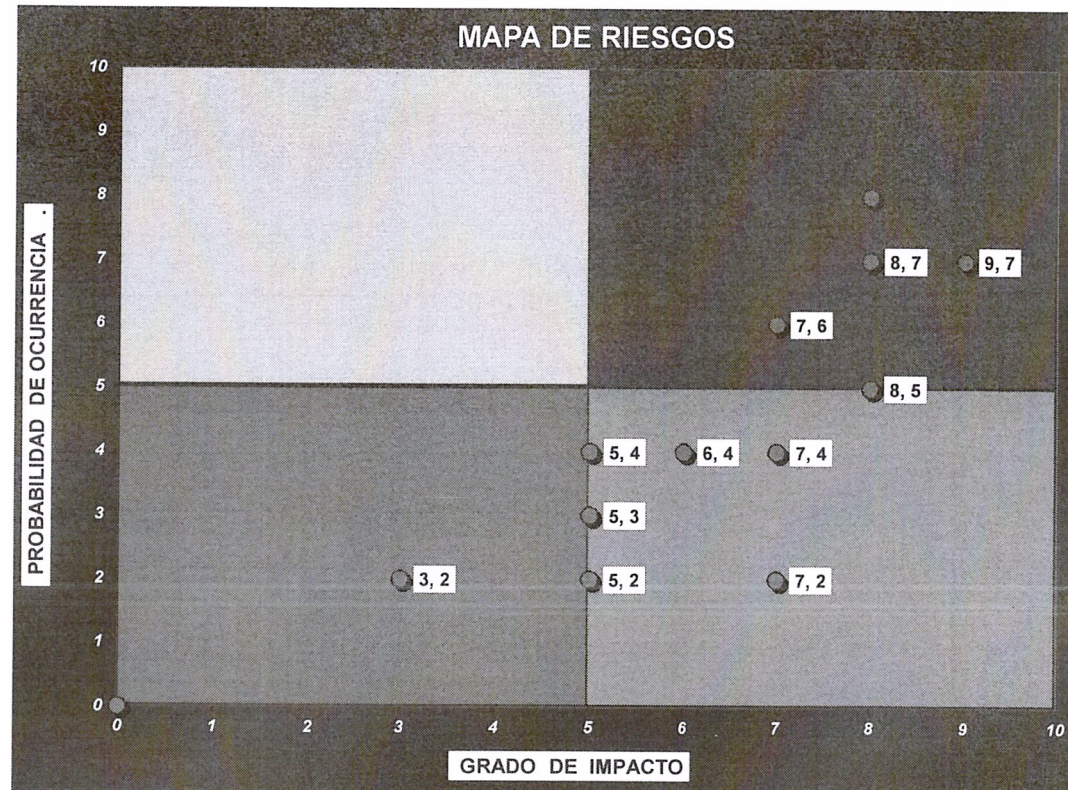
II. EVALUACION DE CONTROLES									III. VALORACION DE RIESGOS VS. CONTROLES			IV. MAPA DE RIESGOS 2023				V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES	
No. de Riesgo	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente	Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control		Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV		
2023_15	15.1.1	capacitación virtual en tema de asuntos medico-legales	Preventivo	SI	NO	SI	SI	Deficiente	NO	8	8				EVITAR EL RIESGO	se envía oficio de implementación de bitacora de asuntos medico-legales a los directivos de cada unidad aplicativa para su llenado y actualización semanalmente, así mismo en mancuerna con el área medica se verificaron los documentos medico-legales que doberan integrarse en el expediente clínico.	
	15.1.2	apoyo en respuesta a enlaces de autoridades jurisdiccionales y	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	15.1.3																
	15.1.4																
	15.1.5																
	15.2.1	implementación de bitacora de asuntos medico-legales y directorio de	Detectivo	SI	NO	NO	SI	Deficiente									
	15.2.2	enlaces de Poder de Coahuila, por calidad, efectividad															
	15.2.3																
	15.2.4																
	15.2.5																
	15.3.1	comunicación constante con las Unidades Aplicativas "ZAF" con el área	Correctivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	15.3.2	Unidad responsable de análisis de asuntos medico-legales															
	15.3.3																
	15.3.4																
	15.3.5																
	15.4.1	seguimiento a internamientos por mandado judicial, en hospitales	Detectivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	15.4.2	enlaces de autoridades jurisdiccionales de los dos estados de Coahuila, por															
	15.4.3																
	15.4.4																
	15.4.5																

RAMO / SECTOR: SALUD

INSTITUCIÓN: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

No. de Riesgo	RIESGO	III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES	
		Valoración Final	
		GRADO DE IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA
2023_1	No cumplir con las respuestas a las solicitudes de información	3	2
2023_2	Falta de seguimiento a quejas y/o sugerencias por parte de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	5	3
2023_3	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto	5	2
2023_4	No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	8	5
2023_5	No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	7	4
2023_6	No mantener en optimas condiciones todo el equipo de computo.	5	4
2023_7	Deficiencia en la captura de informacion y pago de las cuentas por pagar a proveedores	6	4
2023_8	No mantener la recuperacion del pago de facturacion generada por los servicios Subrogados	7	2
2023_9	No llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos especificos establecidos	7	4
2023_10	* No se logre brindar un servicio con calidad * NO se otorge la acreditacion y certificacion de las unidades médicas a nuestro cargo con la consecuente falta de inclusion en los presupuestos	7	6
2023_11	No llevar a cabo los procedimientos de Adquisiciones de Bienes y contratacion de Servicios en tiempo y forma, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia	9	7
2023_12	No realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	7	6
2023_13	Omisión de los procedimientos y normativa a la selección de personal.	8	7
2023_14	Inadecuado manejo de la información confidencial hacia otras áreas o fuera de la Institución.	7	2
2023_15	Demanda que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algun mandato de autoridad.	8	8

Fecha de Impresión: 14/febrero/2023 13:43



AUTORIZÓ

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno

INTEGRÓ

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_1	No cumplir con las respuestas a las solicitudes de información	3	2	III	REDUCIR EL RIESGO	1.1	que las áreas no entreguen la información en tiempo y forma	1.- Se recibe la solicitud de información; 2.- Se realiza un memorandum requiriendo la información al área correspondiente indicándole los días que tiene para dar respuesta a la Unidad de Transparencia; 3.- el área tiene la responsabilidad de buscar la información para dar cumplimiento en tiempo y forma a la solicitud de información.	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	1.- Se recibe la solicitud de información; 2.- Se realiza un memorandum requiriendo la información al área correspondiente indicándole los días que tiene para dar respuesta a la Unidad de Transparencia; 3.- el área tiene la responsabilidad de buscar la información para dar cumplimiento en tiempo y forma a la solicitud de información.
						1.2	La solicitud no corresponde a la Unidad de enlace y/o la información solicitada no existe	Enviar la respuesta de incompetencia al solicitante o en su caso de inexistencia de la información.	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Enviar la respuesta de incompetencia al solicitante o en su caso de inexistencia de la información.
						1.3	la solicitud contiene demasiada información, que sobrepasa las capacidades técnicas del Instituto	Concientizar al personal para que conozca el alcance de la importancia de dar cumplimiento en tiempo y forma para no incurrir en responsabilidades administrativas.	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Concientizar al personal para que conozca el alcance de la importancia de dar cumplimiento en tiempo y forma para no incurrir en responsabilidades administrativas.
2023_2	Falta de seguimiento a quejas y/o sugerencias por parte de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	5	3	III	REDUCIR EL RIESGO	2.1	Ejercer una actitud contraria de servicio, respeto y cordialidad en el trato, incumpliendo protocolos de actuación o atención al público	Se solicita, la información con respecto a quejas y sugerencias recibidas así como al seguimiento y solución emitidas por las diferentes Unidades Aplicativas del ISSREEI	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Se solicita, la información con respecto a quejas y sugerencias recibidas así como al seguimiento y solución emitidas por las diferentes Unidades Aplicativas del ISSREEI
						2.2	Realizar trámites y otorgar servicios de forma deficiente, retrasando los tiempos de respuesta, consultas, trámites, gestiones y servicios	Las Unidades Aplicativas deberán enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Las Unidades Aplicativas deberán enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido
						2.3	Falta de criterios y normas técnicas para establecer los procedimientos que deben observarse para cumplir con la función de garantizar la atención oportuna de las quejas y sugerencias administrativas	Conforme a los Lineamientos Generales de Atención de Quejas y Sugerencias de Usuarios, remitir a la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas un reporte de quejas y sugerencias recibidas, resolución de las mismas y el indicador generado	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Conforme a los Lineamientos Generales de Atención de Quejas y Sugerencias de Usuarios, remitir a la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas un reporte de quejas y sugerencias recibidas, resolución de las mismas y el indicador generado
						1.5							
						2.5							

Ramo Administrativo / Sector: **SALUD**

Institución: **INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA**

Titular de la Institución: **ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ**

Coordinador de Control Interno:

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

Enlace de Riesgos: **OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO**



No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_3	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto	5	2	III	REDUCIR EL RIESGO	3.1	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto, lo que origina desinformación, extravío de documentos, retraso en algunos trámites e ineficiencias administrativas	Solicitar a las áreas los informes de gestión requeridos y de manera permanente y poder determinar adecuadamente las decisiones	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Solicitar a las áreas los informes de gestión requeridos y de manera permanente y poder determinar adecuadamente las decisiones
						3.2	Falta de interés por parte del personal para llevar a cabo un control de archivo	Que se cuente con la información actualizada de interés para los involucrados en los archivos, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad.	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Que se cuente con la información actualizada de interés para los involucrados en los archivos, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad.
						3.3	Falta de criterios y normas técnicas y jurídicas para hacer efectiva la creación, organización, transferencia, conservación y servicios de los archivos teniendo en cuenta lo establecido en la Ley General de Archivos	Motivación y socialización del requerimiento ético para el ejercicio de las funciones, promover en el archivo la cultura del orden y la transparencia	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Motivación y socialización del requerimiento ético para el ejercicio de las funciones, promover en el archivo la cultura del orden y la transparencia
						3.4							
						3.5							
2023_4	No tener implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	8	5	IV		4.1	El salario deberá ser adecuado al sector salud (rama médica, paramédica a fin y administrativa)	Se notificará mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR, SEFIN, ASECE) de ser aprobado por el consejo.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Se notificará mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR, SEFIN, ASECE) de ser aprobado por el consejo.
						4.2	Los códigos deben estar de acuerdo con la estructura organizacional	Se realizarán de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del Instituto	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Se realizarán de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del Instituto
						4.3	Conciden tabulador con sistema de nómina	Se realizará resumen quincenal de la nómina (Eventual y Extraordinaria) de acuerdo con el tabular y el sistema de nómina.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Se realizará resumen quincenal de la nómina (Eventual y Extraordinaria) de acuerdo con el tabular y el sistema de nómina.

Ramo
Administrativo /
Sector

SALUD

Institución

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

Titular de la Institución:

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ

Coordinador de Control Interno:

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

Enlace de Riesgos:

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO

Autorizo

Supervisó



No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_5	No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	7	4	IV	REDUCIR EL RIESGO	5.1	Falta de definir procesos efectivos	Determinar y elaborar los procedimientos sustantivos por cada una de las áreas. Que las Unidades Aplicativas cuenten con sus Manuales de Organización.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO	01/01/2023	31/12/2023	Determinar y elaborar los procedimientos sustantivos por cada una de las áreas. Que las Unidades Aplicativas cuenten con sus Manuales de Organización.
						5.2	Falta de interes y compromiso del personal de elaborar y/o actualizar los manuales	Difusión a toda la organización de los planes y programas, así como la importancia de contar con manuales y procedimientos.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO	01/01/2023	31/12/2023	Difusión a toda la organización de los planes y programas, así como la importancia de contar con manuales y procedimientos.
						5.3	Falta de comunicación	Difusión de la Guías para elaboración de Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos por correo electrónico y/o intranet en su caso, a todos los niveles de la organización.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO	01/01/2023	31/12/2023	Difusión de la Guías para elaboración de Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos por correo electrónico y/o intranet en su caso, a todos los niveles de la organización.
								Promover que el personal se actualice por medio de cursos presenciales o en línea, solicitar apoyo a los gestores de calidad para asesorías.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO	01/01/2023	31/12/2023	Promover que el personal se actualice por medio de cursos presenciales o en línea, solicitar apoyo a los gestores de calidad para asesorías.
								Realizar evaluaciones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAJARDO	01/01/2023	31/12/2023	Realizar evaluaciones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.
2023_6	No mantener en optimas condiciones todo el equipo de computo.	5	4	III	REDUCIR EL RIESGO	6.1	Servicio de Internet abierto para los usuarios de las diferentes areas	Mantener el monitoreo de los equipos de red y realizar bloqueos constantemente de sitios web que no sean necesarios para la operación del personal	AREA DE SISTEMAS	JESUS FRANCISCO SANDOVAL ALVAREZ	01/01/2023	31/12/2023	Mantener el monitoreo de los equipos de red y realizar bloqueos constantemente de sitios web que no sean necesarios para la operación del personal
						6.2	Licencia de paqueteria Office y antivirus	check list de cambio de contraseña trimestral para los puntos de acceso inalámbricos instalados en el ISSREEI	AREA DE SISTEMAS	JESUS FRANCISCO SANDOVAL ALVAREZ	01/01/2023	31/12/2023	check list de cambio de contraseña trimestral para los puntos de acceso inalámbricos instalados en el ISSREEI
						6.3	servicios de soporte tecnico realizados sin comprobar en las diferentes areas y hospitales	Hojas de Servicio para enterar al usuario de que la peticion de servicio fue atendida	AREA DE SISTEMAS	JESUS FRANCISCO SANDOVAL ALVAREZ	01/01/2023	31/12/2023	Hojas de Servicio para enterar al usuario de que la peticion de servicio fue atendida
						6.4							
						6.5							

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_9	No llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos específicos establecidos	7	4	IV		9.1	Que el personal de cada unidad aplicativa conserve actualizado su levantamiento y control de activo fijo e insumos	Se realizará una revisión semestral en cada una de las unidades aplicativas a su relación y control de activo fijo e insumos	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Se realizará una revisión semestral en cada una de las unidades aplicativas a su relación y control de activo fijo e insumos
						9.2	Homologar los formatos y procedimientos, así como implementar un instructivo de llenado del formato mencionado	Se solicitará en el primer trimestre a cada una de las unidades aplicativas los resguardos correspondientes a su control de activo fijo	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Se solicitará en el primer trimestre a cada una de las unidades aplicativas los resguardos correspondientes a su control de activo fijo
						9.3	Realizar los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos	Se realizará el levantamiento y control de activo fijo por parte del ISSREEI a cada una de las unidades aplicativas durante el tercer trimestre. Así mismo se realizarán los inventarios de insumos durante el último trimestre.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Se realizará el levantamiento y control de activo fijo por parte del ISSREEI a cada una de las unidades aplicativas durante el tercer trimestre. Así mismo se realizarán los inventarios de insumos durante el último trimestre.
						9.4	Identificar los bienes muebles en cada una de las áreas de las unidades aplicativas en base a los resguardos	Solicitar la actualización de la relación de bienes muebles y resguardos actualizados a cada una de las unidades aplicativas	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Solicitar la actualización de la relación de bienes muebles y resguardos actualizados a cada una de las unidades aplicativas
2023_10	* No se logre brindar un servicio con calidad * NO se otorgue la acreditación y certificación de las unidades médicas a nuestro cargo con la consecuente falta de inclusión en los presupuestos federales necesarios para el desarrollo de los programas de atención médica indispensables que la ciudadanía necesita.	7	6	I	REDUCIR EL RIESGO	10.1	No cumplir con los procesos de consulta externa en los diferentes servicios de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica correspondientes a cada Patología.	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2023	31/12/2023	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.
						10.2	No cumplir con la acreditación de la Unidad Aplicativa: CESAME	Realizar las correcciones de acuerdo a la cedula de causas en el CESAME para asegurar la re-acreditación	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2023	31/12/2023	Realizar las correcciones de acuerdo a la cedula de causas en el CESAME para asegurar la re-acreditación
						10.3	No llevar a cabo en forma adecuada el proceso de consulta externa en las unidades aplicativas a evaluar. Hospital del Niño, CESAME y CEAM	Realizar la supervisión, evaluación y corrección de los requisitos normativos de infraestructura de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2023	31/12/2023	Realizar la supervisión, evaluación y corrección de los requisitos normativos de infraestructura de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
						10.4	No cumplir con MANUALES ESPECIFICOS DE PROCEDIMIENTOS	Uso de los manuales específicos de procedimientos en la consulta externa de las unidades	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2023	31/12/2023	Uso de los manuales específicos de procedimientos en la consulta externa de las unidades
						10.5	No garantizar la atención en forma eficaz y eficiente en cuanto al servicio de urgencias de CESAME, CEAM y H. NIÑO se refiere.	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2023	31/12/2023	Uso adecuado de las G.P.C de las principales patologías vistas en la consulta externa.



Ramo
Administrativo /
Sector

SALUD

Institución

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

Titular de la Institución:

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ

Coordinador de Control Interno:

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

Enlace de Riesgos:

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUÁJARDO

Autorizo

Supervisó



No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_11	No llevar a cabo los procedimientos de Adquisiciones de Bienes y contratación de Servicios en tiempo y forma, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia	9	7	I	EVITAR EL RIESGO	11.1	Realizar contrataciones con proveedores no registrados en el padrón de proveedores del Gobierno del Estado	Contratación de proveedores inscritos en el padrón.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Contratación de proveedores inscritos en el padrón.
						11.2	Contratación de adquisiciones y/o servicios sin atender la normatividad aplicable.	Realizar la contratación mediante el procedimiento de adjudicación que señala la normatividad aplicable.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Realizar la contratación mediante el procedimiento de adjudicación que señala la normatividad aplicable.
						11.3	Aplicar de manera incorrecta los procedimientos de licitación pública, invitación a cuando menos tres o en su caso adquisición directa de bienes o servicios	Se realizarán durante el primer trimestre los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres para el ejercicio 2022	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Se realizarán durante el primer trimestre los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres para el ejercicio 2022
						11.4	No llevar a cabo las reuniones del Subcomité de Adquisiciones	Se realizara durante el primer trimestre la reestructuración del subcomité de adquisiciones del ISSREEI y llevar a cabo las reuniones que se requieran.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2023	31/12/2023	Se realizara durante el primer trimestre la reestructuración del subcomité de adquisiciones del ISSREEI y llevar a cabo las reuniones que se requieran.
2023_12	No realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	7	6	I	EVITAR EL RIESGO	12.1	Fallas en el sistema SIIF	Notificar de manera inmediata fallas en el SIIF	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	FRANCISCO JAVIER SOLIS SAUCEDO	01/01/2023	31/12/2023	Notificar de manera inmediata fallas en el SIIF
						12.2	No capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	Supervisión a las Unidades Aplicativas par verificar la capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	FRANCISCO JAVIER SOLIS SAUCEDO	01/01/2023	31/12/2023	Supervisión a las Unidades Aplicativas par verificar la capturar en tiempo y forma las pólizas de ingresos y egresos.
						12.3	Errores u omisiones en los registros contables	Monitoreo frecuente en el sistema contable para detectar errores u omisiones	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	FRANCISCO JAVIER SOLIS SAUCEDO	01/01/2023	31/12/2023	Monitoreo frecuente en el sistema contable para detectar errores u omisiones
						12.4	Deficiente integración del soporte documental	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	FRANCISCO JAVIER SOLIS SAUCEDO	01/01/2023	31/12/2023	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza
						12.5							



Ramo Administrativo / Sector

SALUD

Institución

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA

Titular de la Institución:

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ

Coordinador de Control Interno:

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

Enlace de Riesgos:

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUJARDO

Autonzo

Supervisó

Integró



No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_13	Omisión de los procedimientos y normativa a la selección de personal.	8	7	I	EVITAR EL RIESGO	12.2	No cumplir con los procedimientos para la selección de personal.	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Realizar o en su caso mantener actualizado los procedimientos
						13.2	Contratación de personal sin reunir el perfil, nivel de estudios y experiencia que se requiere para el puesto	Contratación de personal que reúna el perfil requerido	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Contratación de personal que reúna el perfil requerido
						13.3	Códigos y/o sueldos de acuerdo al nivel de responsabilidad	Actualizar el Tabulador de Sueldos y aplicarlo de acuerdo a las funciones y nivel de responsabilidad	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Actualizar el Tabulador de Sueldos y aplicarlo de acuerdo a las funciones y nivel de responsabilidad
						13.4	Desconocimiento de las funciones y grado de responsabilidad	Llevar a cabo capacitaciones al personal	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2023	31/12/2023	Llevar a cabo capacitaciones al personal
2023_14	Inadecuado manejo de la información confidencial hacia otras áreas o fuera de la Institución.	7	2	IV	EVITAR EL RIESGO	14.1	Entregar información confidencial a cambio de beneficios personales.	Resguardo de documentos físicos y electrónicos con las medidas de seguridad correspondientes.	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Resguardo de documentos físicos y electrónicos con las medidas de seguridad correspondientes.
						14.2	No cumplir con los tiempos que determina la normatividad	Se monitorea diariamente las plataformas donde se reciben las solicitudes de información para que inmediatamente se turne al área correspondiente para su atención	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	Se monitorea diariamente las plataformas donde se reciben las solicitudes de información para que inmediatamente se turne al área correspondiente para su atención
						14.3	Proporcionar información falsa o incompleta, confidencial y/o reservada	El personal responsable de atender las solicitudes de información, esta capacitado y actualizado en la normatividad aplicable en la materia.	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2023	31/12/2023	El personal responsable de atender las solicitudes de información, esta capacitado y actualizado en la normatividad aplicable en la materia.

Ramo Administrativo / Sector: **SALUD**

Institución: **INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRAL DEL ESTADO DE COAHUILA**

Títular de la Institución: **ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ** (Autorizo)

Coordinador de Control Interno: **JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA** (Supervisó)

Enlace de Riesgos: **OSCAR ALBERTO ELÍAS GUJARDO** (Integró)



No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación
2023_15	Demanda que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algún mandato de autoridad.	8	8	I	EVITAR EL RIESGO	15.1	falta de comunicación efectiva entre el personal operativo y directivo ante un asunto medico-legal.	se envía oficio de implementación de bitacora de asuntos medico-legales a los directivos de cada unidad aplicativa para su llenado y actualización semanalmente, así mismo en mancuerna con el área	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2023	31/12/2023	se envía oficio de implementación de bitacora de asuntos medico-legales a los directivos de cada unidad aplicativa para su llenado y actualización semanalmente, así mismo en mancuerna con el área medica se verificaron los documentos medico-legales que deberan
						15.2	falta de implementación de bitacora de asuntos medico-legales en las Unidades Aplicativas así como el llenado e integración completa de los documentos medico legales en los expedientes clínicos.	se da contestación de manera prioritaria a todos los oficios con término y emitidos por autoridades jurisdiccionales y/o administrativas	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2023	31/12/2023	se da contestación de manera prioritaria a todos los oficios con término y emitidos por autoridades jurisdiccionales y/o administrativas
						15.3	responsable de asuntos-medico legales en fines de semana en las Unidades Aplicativas	se realizara verificación de la implementación de los documentos medico-legales en cada unidad aplicativa mensualmente	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2023	31/12/2023	se realizara verificación de la implementación de los documentos medico-legales en cada unidad aplicativa mensualmente
						15.4	falta de conocimiento de las autoridades jurisdiccionales respecto a los servicios que se prestan y las condiciones de cada unidad aplicativa	se realizara reunion virtual mensualmente con los directivos de las unidades aplicativas y el departamento de calidad para revisar los asuntos medico-legales y su seguimiento, bitacora de asuntos	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2023	31/12/2023	se realizara reunion virtual mensualmente con los directivos de las unidades aplicativas y el departamento de calidad para revisar los asuntos medico-legales y su seguimiento, bitacora de asuntos medico-legales entre otros puntos.
								se propondra nombrar un encargado en fines de semana por cada unidad aplicativa que este al pendiente y en constante comunicación respecto a cualquier asunto medico-legal que se presentare, implementando el	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2023	31/12/2023	se propondra nombrar un encargado en fines de semana por cada unidad aplicativa que este al pendiente y en constante comunicación respecto a cualquier asunto medico-legal que se presentare, implemantando el directorio de enlaces en