



ESTADO DE
COAHUILA

Formato de Administración de Riesgos Institucional

RAMO / SECTOR:

SALUD

INSTITUCIÓN:

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

Año:

2024

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

Matriz



Matríz de Administración de Riesgos Institucional 2024



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

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	
2024_1	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	Objetivo	Garantizar a todo solicitante la información pública 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
2024_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 opinión 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 actitud 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	Humano	Interno					SI



Matríz de Administración de Riesgos Institucional 2024



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

AUTORIZÓ

SUPERVISÓ

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 2024		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		
2024_1	1.1.1	Comunicación con todas las áreas del Instituto respecto a las solicitudes de información que les corresponda	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 del 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																
2024_2	2.1.1	Sensibilización del proceso de Quejas y Sugerencias 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 al seguimiento y solución emitidas por las diferentes Unidades Aplicativas del ISSREEI	
	2.1.2															Las Unidades Aplicativas deberán enviar la información relacionada a quejas y sugerencias a la Unidad de Transparencia dentro del plazo establecido	
	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 Sugerencias Administrativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	2.2.2															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	
	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									
	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																



Matríz de Administración de Riesgos Institucional 2024



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

INTEGRO

OSCAR ALBERTO ELÍAS 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	
2024_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 administrativas	Humano	Interno	El incumplimiento de la Ley General de Archivos Públicos	7	5	IV	SI
								3.2	Falta de interes 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
2024_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	Recursos Humanos		4.1	El salario debora 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	9	7	I	SI
								4.2	Los codigos deben estar de acuerdo con la estructura organizacional	Normativo	Interno					SI
								4.3	Concidan tabulador con sistema de nomina	Técnico-Administrativo	Interno					SI



Matriz de Administración de Riesgos Institucional
2024



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 GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

No. de Riesgo	II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_3	3.1.1	Tener mayor contacto con el personal e implementar los sistemas de archivo como son el catalogo 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																Que se cuente con la información actualizada de interés para los involucrados en los archivos, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad.
	3.1.3																
	3.1.4																
	3.1.5																
	3.2.1	Impartición de capacitaciones periodicamente y actualización del estado de los archivos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	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																
2024_4	4.1.1	Fue autorizado por el Consejo Directivo en 2021, y se encuentra vigente y aplicable	Correctivo	SI	SI	SI	NO	Deficiente	NO	9	7	I					Una vez actualizado Se notificara mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR,SEFIN,ASEC) una vez de ser aprobado por el Consejo Directivo.
	4.1.2																Se realizaran de manera mensual las actualizaciones para enviar a la unidad de transparencia del instituto
	4.1.3																
	4.1.4																
	4.1.5																
	4.2.1	Revisión del código tabulador con organigrama	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	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 tabulador y el sistema de nómina.
	4.3.2																
	4.3.3																
	4.3.4																
	4.3.5																



Matríz de Administración de Riesgos Institucional
2024

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

INTEGRO

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

I. 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				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial			¿Tiene controles?
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante	
2024_5	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 area de manera efectiva y eficiente *Duplicidad de funciones *Desconocimiento de funciones *Incumplimiento de la normatividad	8	5	IV	SI
								5.2	Falta de interes y compromiso del personal de elaborar y/o actualizar los manuales	Humano	Interno					SI
								5.3	Falta de comunicación	Humano	Interno					SI
								5.4	Falta de asesoría y/o capacitacion	Humano	Interno					SI
								5.5	Falta de supervision	Humano	Interno					SI
2024_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 areas	TIC's	Interno	Afecta la operación de las areas para el cumplimiento en tiempo y forma de los procesos de la organización, así como en los requerimientos de informacion de auditoria	9	8	I	SI
								6.2	Revision de funcionamiento de los No Breaks de los Servidores	TIC's	Interno					SI
								6.3	Servicios de soporte tecnico realizados sin comprobar en las diferentes areas y hospitales	TIC's	Interno					SI



Matriz de Administración de Riesgos Institucional
2024

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-GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

	II. EVALUACIÓN DE CONTROLES								III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_5	5.1.1	Se solicita a todas las áreas que definan sus procesos sustantivos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	6	3				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	Preventivo	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	Se cuenta con el Sistema Estatal de Control de Documentos						Falta Valorar el Control									
	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	Detectivo	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								REDUCIR EL RIESGO	Realizar supervisiones de manera periódica 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	Retrospección de observaciones a los manuales revisados por SEFIRC	Detectivo	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	Llenado de checklist de pruebas de nobreaks	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																	



Matríz de Administración de Riesgos Institucional
2024

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 GUÁJARDO,
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				
2024_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	Financiero			7.1	Deficiencia en Controles Internos	Humano	Externo	Duplicidad en los registros en el 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
2024_8	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	Objetivo	Mantener la recuperacion del pago de facturacion generada por servicios prestados a Subrogados	No mantener la recuperacion del pago de facturacion generada por los servicios Subrogados	Operativo	Financiero			8.1	Dificultad de comunicación con los departamentos involucrados para agilizar el pago de facturacion 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	6	I	SI		
									8.2	Control y soporte de facturacion para tener identificados los adeudos y su optimo 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 envia para su cobro Facturacion incompleta o con errores, lo cual retrasa su pago por no cumplir con los requerimientos de la Institucion Subrogada	Humano	Interno							SI



Matríz de Administración de Riesgos Institucional 2024



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 GUAJARDO, Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES										III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_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 expediente y documentación soporte por proveedor, y así evitaremos que el área de Recursos 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																
2024_8	8.1.1	Directorio actualizado de contactos de las instituciones subrogadas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	2				IV	EVITAR EL RIESGO	Se mantiene actualizado 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 completa y sin errores 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																
2024_9	9.1.1	Gestión para la agilización de pagos mediante labor de seguimiento y oficios	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	2				IV	EVITAR EL RIESGO	Seguimiento a los departamentos responsables por medio de visitas personales, llamadas telefónicas, envío de correo electrónico y mediante oficios.
	9.1.2																
	9.1.3																
	9.1.4																
	9.1.5																
	9.2.1	Revisión previa de toda la documentación soporte y detectar errores u omisiones	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
	9.2.2																
	9.2.3																
	9.2.4																
	9.2.5																



Matriz de Administración de Riesgos Institucional
2024

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

INTEGRO

OSCAR ALBERTO ELÍAS 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		
2024_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
2024_10	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	Objetivo	Asegurar que en las unidades medicas aplicativas a cargo del ISSREEI se lleven a cabo la implementación, supervisión, y evaluación de procesos de atención médica basandose estos, en la dimension de Estructura, Proceso y Resultados en cada una de las areas correspondientes de dichas unidades enfocandose a mejorar de forma eficaz y eficiente la calidad de los procesos de atención médica y de seguridad del pacientes de acuerdo a los lineamientos que marca la secretaria de salud.	* No se logre brindar un servicio con calidad y calidez. * No se otorgue la acreditación y/o certificación del MUEC en las unidades médicas a nuestro cargo y que se registren en el proceso.	Estratégico	Salud			10.1	No cumplir con la normativa oficial y Basica en salud en cada una de las Unidades Aplicativas.	Normativo	Interno	NO lograr Una atención de Calidad en las unidades Aplicativas del ISSREEI, así como no conseguir la acreditación y/o certificación en las unidades que lleguen a der evaluadas por el Area de calidad de la Secretaria de Salud, con la consecuente afectación presupuestal necesaria para el desarrollo adecuado de los servicios médicos dirigidos a la población usuaria tanto del BIENESTAR como Subrogada.	10	8	I	SI
									10.2	No cumplir con los lineamientos marcados en el Modelo Único de Evaluación a la Calidad -MUEC-	Normativo	Interno					SI
									10.3	No llevar a cabo en forma adecuada los procesos de Consulta Externa en las Unidades Aplicativas	Normativo	Interno					SI
									10.4	No cumplir con los numerales que estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF	Normativo	Interno					SI
									10.5	No garantizar la atención medica a los usuarios en forma eficaz, eficiente y con calidez en los servicios de urgencias de todas las unidades aplicativas a cargo del ISSREEI	Normativo	Interno					SI



Matriz de Administración de Riesgos Institucional 2024



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 GUAJARDO, Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES										III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_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																Se solicitará en el primer trimestre a cada una de las Unidades Aplicativas los resguardos correspondientes a su control de activo fijo
	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									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.
	9.3.2																
	9.3.3																
	9.3.4																
	9.3.5																
	9.4.1	Actualización de resguardos	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Solicitar la actualización de la relación de bienes muebles y resguardos actualizados a cada una de las Unidades Aplicativas
	9.4.2																
	9.4.3																
	9.4.4																
	9.4.5																
2024_10	10.1.1	Actualizar el uso y aplicación de las NOM'S en salud de las Guías de Práctica Clínica así como de los manuales normalizados de operación- PNO- en los servicios de Atención Médica de cada una de las Unidades Aplicativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	6	I				REDUCIR EL RIESGO	Uso adecuado de las NOM'S, G.P.C y de los PNO'S de las principales patologías vistas en la consulta externa.
	10.1.2	Actualizar las 10 enfermedades con mayor incidencia y que son valoradas y tratadas en cada una de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Realizar las gestiones que solicite el MUEC para asegurar la re-acreditación de las Unidades Aplicativas que se inscriban a dicho programa.
	10.1.3	Supervisión del funcionamiento de todos y cada uno de los comités hospitalarios, de bioética e investigación	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	10.1.4																
	10.1.5																
	10.2.1	Cumplir y corregir cada una de las observaciones emitidas por los evaluadores del MUEC en las Unidades que llegasen a inscribirse en dicho programa federal	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	10.2.2																Realizar la supervisión, evaluación y corrección de los requisitos normativos de infraestructura de acuerdo a las NOM'S, Que establezcan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
	10.2.3																
	10.2.4																
	10.2.5																
	10.3.1	Evaluar los indicadores de atención médica de calidad en la consulta externa y que son dimensiones de estructura, dimensión de proceso y dimensión de resultados de cada una de las unidades en la consulta externa	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	10.3.2																Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF
	10.3.3																
	10.3.4																
	10.3.5																
	10.4.1	Evaluar la implementación de cada uno de los diferentes numerales de la NOM 004-SSA3-2012 en cada uno de los procesos de atención médica de cada una de las Unidades Aplicativas a cargo del ISSREEI	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	10.4.2																Uso de plataformas de capacitación de la SSA.
	10.4.3																
	10.4.4																
	10.4.5																
	10.5.1	Implementar cursos de capacitación, concientización y humanización al personal colaborador de la salud que trabaja en cada una de las Unidades Aplicativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	10.5.2	Evaluar los programas de SESTAD y Aval Ciudadano	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	10.5.3																
	10.5.4																
	10.5.5																



Matriz de Administración de Riesgos Institucional
2024



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

INTEGRO
OSCAR ALBERTO ELÍAS 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	
2024_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 CORRUPCION	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
2024_12	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	Objetivo	Realizar el registro en la contabilidad de manera mensual los ingresos y egresos.	No realizar el correcto registro en la contabilidad de manera mensual de los ingresos y egresos.	Operativo	Otro	RIESGO DE CORRUPCION	12.1	Fallas en el sistema SIIF	Técnico-Administrativo	Interno	Atrazo 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



Matriz de Administración de Riesgos Institucional
2024



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 GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES									III. VALORACION DE RIESGOS VS. CONTROLES			IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_11	11.1.1	Registro en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado en la página de SEFIRC.	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	NO	9	7	I			ASUMIR EL RIESGO	Contratación de proveedores inscritos en el padrón.	
	11.1.2																
	11.1.3																
	11.1.4																
	11.1.5																
	11.2.1																
	11.2.2	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 presente ejercicio	
	11.3.2	Procedimiento Especifico 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 Subcomite de Adquisiciones cada vez que se requiera	Correctivo	NO	NO	NO	SI	Deficiente	Se realizara durante el primer trimestre la reestructuración del subcomité de adquisiciones del ISSREEI y llevar a cabo las reuniones que se requieran.									
11.4.2	Llevar a cabo reuniones del Subcomite de Adquisiciones	Correctivo	NO	NO	NO	NO	Deficiente										
11.4.3																	
11.4.4																	
11.4.5																	
2024_12	12.1.1	Apoyo con personal de sistemas y de la ASEC	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	7	6	I		EVITAR EL RIESGO	Notificar de manera inmediata a la instancia correspondiente posibles fallas del sistema 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							Supervision a las Unidades Aplicativas par verificar la capturar 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	Revisones periodicas a los registros contables	Detectivo	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	Revisones a la integrazon documental de las polizas contables	Detectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza.									
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																	



Matriz de Administración de Riesgos Institucional
2024

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

INTEGRO

OSCAR ALBERTO ELÍAS 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	
2024_13	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	Meta	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		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	Financiero- Presupuestal	Interno					SI
								13.4	Desconocimiento de las funciones y grado de responsabilidad	Humano	Interno					SI
2024_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		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



Matriz de Administración de Riesgos Institucional 2024



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 GUAJARDO, Enlace de Administración de Riesgos

	II. EVALUACIÓN DE CONTROLES								III. VALORACION DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_13	13.1.1	Procedimientos actualizados para selección de personal	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente	SI	6	4				IV	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									Contratacion de personal que reúna el perfil requerido.
	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	SI	SI	Suficiente									
	13.2.2	Verificar la experiencia y el perfil requerido	Detectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	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 codgos de acuerdo al nivel de responsabilidad	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.3.2	Supervisiones a la Unidades Aplicativas para detectar al personal que no cumpla con sus horarios y funciones que le correspondan	Detectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.3.3	Aplicar incidencias de asistencia	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	13.3.4																
	13.3.5																
13.4.1	Induccion al puesto	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente										
13.4.2	Capataciones 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																	
2024_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 informacion confidencia v/o reservada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	14.1.3																
	14.1.4																
	14.1.5																
	14.2.1	Revision diaria en plataforma de solicitudes de informacion	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									Se monitorea diariamente las plataformas donde se reciben las solicitudes de informacion para que inmediatamente se turne al area correspondiente para su atencion
	14.2.2	Se envia al area correspondiente la solicitud de informacion para ser atendida en temoo y forma	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	14.2.3																
	14.2.4																
	14.2.5																
	14.3.1	Personal capacitado para la atencion de las solicitudes de informacion	Correctivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									El personal responsable de atender las solicitudes de informacion, esta capacitado y actualizado en la normatividad aplicable en la materia.
	14.3.2																
	14.3.3																
	14.3.4																
	14.3.5																



Matríz de Administración de Riesgos Institucional
2024



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 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	
2024_15	COORDINACIÓN JURÍDICA	Estrategia	Asuntos Medico-Legales en las Unidades Aplicativas y oficinas centrales	sanciones que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algun mandato de autoridad.	Operativo	Legal		15.1	falta de practica en en trato digno al paciente y familiares en cada unidad aplicativa	Humano	Interno	Sanciones mayores por incumplimiento a mandatos judiciales y/o autoridades administrativas por incumplimiento a sus determinaciones asi como observaciones por parte de Derechos Humanos	8	8	I	SI
								15.2	falta de implementacion de bitacora de asuntos medico-legales en las Unidades Aplicativas asi como el llenado e integracion completa de los documentos medico legales en los expedientes clinicos.	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								15.3	falta de actualizacion de permisos, avisos y licencias en las Unidades Aplicativas	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								15.4	falta de comunicación y directorio de autoridades en casos de emergencia o situacion de riesgo	Técnico-Administrativo	Interno					SI
								15.5	desconocimiento de normatividad laboral y medico-legal por parte del personal directivo en las Unidades Aplicativas	Normativo	Externo					SI



Matríz de Administración de Riesgos Institucional
2024



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 GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos

II. EVALUACIÓN DE CONTROLES										III. VALORACIÓN DE RIESGOS VS. CONTROLES		IV. MAPA DE RIESGOS 2024				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		
2024_15	15.1.1	capacitación virtual y presencial en tema de trato digno a pacientes, familiares y compañeros de cada unidad aplicativa	Preventivo	SI	NO	SI	SI	Deficiente	NO	8	8	I				EVITAR EL RIESGO	Se impartirá curso de inducción a todo el personal medico, paramedico y administrativo con énfasis en trato digno y protección de derechos humanos, así mismo se retroalimentará a personal directivo sobre la importancia de cero maltrato.
	15.1.2	Apoyo en respuesta a oficios de autoridades jurisdiccionales y administrativas en tiempo y forma	Detectivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	15.1.3	visitas de supervisión en turno vespertinos y fines de semana	Correctivo	SI	NO	NO	SI	Deficiente									
	15.1.4																
	15.1.5																
	15.2.1	implementación de bitacora de asuntos medico-legales y directorio de enlaces en fines de semana por unidad aplicativa	Detectivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	15.2.2	implementar directorio de riesgos en cada unidad aplicativa	Detectivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	15.2.3	revisión periodica de documentos medico-legales actualizados y su llenado correcto	Preventivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	15.2.4																
	15.2.5																
	15.3.1	actualización de permisos, avisos y licencias en las unidades aplicativas	Preventivo	SI	SI	SI	SI	Suficiente									
	15.3.2	tramite de permisos avisos y licencias del hospital materno infantil	Correctivo	SI	NO	NO	SI	Deficiente									
	15.3.3																
	15.3.4																
	15.3.5																
	15.4.1	implementación de directorio de riesgos y registro y control de bitacora de acontecimientos locales	Detectivo	SI	SI	NO	SI	Deficiente									
	15.4.2																
	15.4.3																
15.4.4																	
15.4.5																	
15.5.1	difusión y envío de normativa medico legal a las unidades aplicativas para conocimiento de la diversa normativa aplicable	Preventivo	SI	NO	NO	SI	Deficiente										
15.5.2																	
15.5.3																	
15.5.4																	
15.5.5																	



ESTADO DE
COAHUILA

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2024

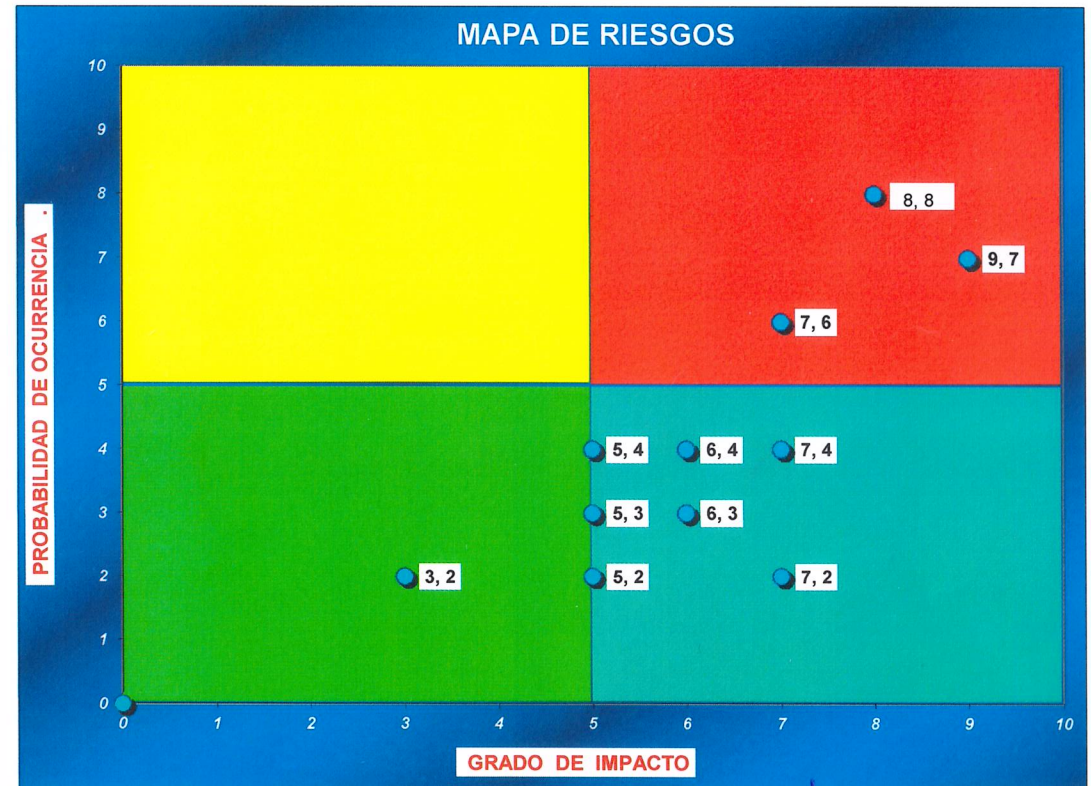
RAMO / SECTOR: SALUD



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

No. de Riesgo	RIESGO	III. VALORACION DE RIESGOS VS. CONTROLES	
		Valoración Final	
		GRADO DE IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA
2024_1	No cumplir con las respuestas a las solicitudes de información	3	2
2024_2	Falta de seguimiento a quejas y/o sugerencias por parte de las Unidades Aplicativas del ISSREEI	5	3
2024_3	Que no exista un control actual de la documentación administrativa generada por el Instituto	5	2
2024_4	No tener Implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	9	7
2024_5	No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	6	3
2024_6	No mantener en optimas condiciones todo el equipo de computo.	5	4
2024_7	Deficiencia en la captura de informacion y pago de las cuentas por pagar a proveedores	6	4
2024_8	No mantener la recuperacion del pago de facturacion generada por los servicios Subrogados	7	2
2024_9	No llevar a cabo los procedimientos de levantamiento y control de activo fijo e insumos conforme a los procedimientos específicos establecidos	7	4
2024_10	* No se logre brindar un servicio con calidad y calidez * No se otorge la acreditacion y/o certificacion del MUEC en las unidades medicas a nuestro cargo y que se registren en el proceso	7	6
2024_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
2024_12	No realizar el correcto registro en la contabilidad de manera mensual de los ingresos y egresos.	7	6
2024_13	Omision de los procedimientos y normativa a la seleccion de personal.	6	4
2024_14	Inadecuado manejo de la información confidencial hacia otras áreas o fuera de la Institución.	7	2
2024_15	sanciones que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algun mandato de autoridad.	8	8

Fecha de Impresión: 01/abril/2024 15:46



AUTORIZÓ

ALMA ROSA PAREDES RAMÍREZ,
Titular de la Institución

SUPERVISÓ

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA,
Coordinador de Control Interno

INTEGRO

OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAJARDO,
Enlace de Administración de Riesgos



PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024

Ramo Administrativo / Sector **SALUD**

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

Autorizó

Supervisó



Coordinador de Control Interno:

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

Integró

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

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

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
2024_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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	Concientizar al personal para que conozca el alcance de la importancia de dar cumplimiento en tiempo y forma para no incurrir en responsabilidades administrativas.
2024_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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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 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	UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	LAURA ELENA ACOSTA TORRES	01/01/2024	31/12/2024	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
						1.5							
						2.5							

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024



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 PARRALES RAMÍREZ**

Autorizo

Coordinador de Control Interno:

Supervisó

JOSÉ FRANCISCO DE LA CRUZ PLATA



Integró

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
2024_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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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							
2024_4	No tener implementado el Tabulador de Sueldos para trabajadores del Instituto	9	7	I		4.1	El salario debiera ser adecuado al sector salud (rama médica, paramédica a fin y administrativa)	Una vez actualizado Se notificará mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR,SEFIN,ASEC) una vez de ser aprobado por el Consejo Directivo.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2024	31/12/2024	Una vez actualizado Se notificará mediante oficio a las siguientes dependencias (SEFIR,SEFIN,ASEC) una vez de ser aprobado por el Consejo Directivo.
						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	01/01/2024	31/12/2024	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 tabulador y el sistema de nómina.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2024	31/12/2024	Se realizará resumen quincenal de la nómina (Eventual y Extraordinaria) de acuerdo con el tabulador y el sistema de nómina.

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024



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

Autorizo

Coordinador de Control Interno:

Supervisó

JOSÉ FRANCISCO DELA PEÑA PLATA



Enlace de Riesgos: OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAIJARDO

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
2024_5	No contar con Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos vigentes y actualizados	6	3	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 GUAIJARDO	01/01/2024	31/12/2024	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 GUAIJARDO	01/01/2024	31/12/2024	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. Utilización del Sistema Estatal de Administración Documental.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAIJARDO	01/01/2024	31/12/2024	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. Utilización del Sistema Estatal de Administración Documental.
						5.4	Falta de asesoría y/o capacitación	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 GUAIJARDO	01/01/2024	31/12/2024	Promover que el personal se actualice por medio de cursos presenciales o en línea, solicitar apoyo a los gestores de calidad para asesorías.
						5.5	Falta de supervisión	Realizar supervisiones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.	DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SEGUIMIENTO	OSCAR ALBERTO ELIAS GUAIJARDO	01/01/2024	31/12/2024	Realizar supervisiones de manera periódica para verificar el avance de cumplimiento de las áreas y unidades.
2024_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 áreas	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	01/01/2024	31/12/2024	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	Revisión de funcionamiento de los No Breaks de los Servidores	Llenado de checklist de pruebas de funcionamiento de los Nobreak para detectar fallas en las pilas de respaldo de energía	AREA DE SISTEMAS	JESUS FRANCISCO SANDOVAL ALVAREZ	01/01/2024	31/12/2024	Llenado de checklist de pruebas de funcionamiento de los Nobreak para detectar fallas en las pilas de respaldo de energía
						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 petición de servicio fue atendida	AREA DE SISTEMAS	JESUS FRANCISCO SANDOVAL ALVAREZ	01/01/2024	31/12/2024	Hojas de Servicio para enterar al usuario de que la petición de servicio fue atendida
						6.4							
						6.5							

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024



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
2024_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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	Solicitar la actualización de la relación de bienes muebles y resguardos actualizados a cada una de las Unidades Aplicativas
2024_10	* No se logre brindar un servicio con calidad y calidez * No se otorgue la acreditación y/o certificación del MUEC en las unidades médicas a nuestro cargo y que se registren en el proceso.	7	6	I	REDUCIR EL RIESGO	10.1	No cumplir con la normativa oficial y Básica en salud en cada una de las Unidades Aplicativas.	Uso adecuado de las NOM'S, G.P.C y de los PNO'S de las principales patologías vistas en la consulta externa.	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2024	31/12/2024	Uso adecuado de las NOM'S, G.P.C y de los PNO'S de las principales patologías vistas en la consulta externa.
						10.2	No cumplir con los lineamientos marcados en el Modelo Unico de Evaluación a la Calidad -MUEC-	Realizar las gestiones que solicite el MUEC para asegurar la re-acreditación de las Unidades Aplicativas que se inscriban a dicho programa.	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2024	31/12/2024	Realizar las gestiones que solicite el MUEC para asegurar la re-acreditación de las Unidades Aplicativas que se inscriban a dicho programa.
						10.3	No llevar a cabo en forma adecuada los procesos de Consulta Externa en las Unidades Aplicativas	Realizar la supervisión, evaluación y corrección de los requisitos normativos de infraestructura de acuerdo a las NOM'S, Que establezcan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y hospitalizados.	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2024	31/12/2024	Realizar la supervisión, evaluación y corrección de los requisitos normativos de infraestructura de acuerdo a las NOM'S, Que establezcan los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
						10.4	No cumplir con los numerales que estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2024	31/12/2024	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 - DOF
						10.5	No garantizar la atención médica a los usuarios en forma eficaz, eficiente y con calidez en los servicios de urgencias de todas las unidades aplicativas a cargo del ISSREEI	Uso adecuado de las NOM'S, G.P.C y de los PNO'S de las principales patologías vistas en la consulta externa.	DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA	ALFREDO ALCALA DE LABRA	01/01/2024	31/12/2024	Uso adecuado de las NOM'S, G.P.C y de los PNO'S de las principales patologías vistas en la consulta externa.

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024



Ramo Administrativo / Sector:

SALUD

Institución:

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

Autorizo

Titular de la Institución: ALMA ROSA PARRALES RAMÍREZ

Integro

Enlace de Riesgos: OSCAR ALBERTO ELÍAS GUAIJARDO

Supervisó

JOSÉ FRANCISCO DE LA PEÑA PLATA

SS

Secretaría de Salud

ISSREEI

Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral

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
2024_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		ASUMIR 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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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 presente ejercicio	DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	LUIS GERARDO TAPIA PADILLA	01/01/2024	31/12/2024	Se realizarán durante el primer trimestre los procesos de licitación pública nacional e invitación a cuando menos tres para el presente ejercicio
						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	01/01/2024	31/12/2024	Se realizara durante el primer trimestre la reestructuración del subcomité de adquisiciones del ISSREEI y llevar a cabo las reuniones que se requieran.
2024_12	No realizar el correcto registro en la contabilidad de manera mensual de los ingresos y egresos.	7	6		EVITAR EL RIESGO	12.1	Fallas en el sistema SIIF	Notificar de manera inmediata a la instancia correspondiente posibles fallas del sistema SIIF.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	EDWIN ELIAS VAZQUEZ OVALLE	01/01/2024	31/12/2024	Notificar de manera inmediata a la instancia correspondiente posibles fallas del sistema 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	EDWIN ELIAS VAZQUEZ OVALLE	01/01/2024	31/12/2024	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	EDWIN ELIAS VAZQUEZ OVALLE	01/01/2024	31/12/2024	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	EDWIN ELIAS VAZQUEZ OVALLE	01/01/2024	31/12/2024	Check list de los documentos que debe contener el soporte de cada poliza.
						12.5							

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024



Ramo Administrativo / Sector: **SALUD**

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

Autorizo

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

Integro

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

Supervisó

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

SS Secretaría de Salud

ISSREE Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral

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
2024_13	Omisión de los procedimientos y normativa a la selección de personal.	6	4	IV	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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	Contratación de personal que reúna el perfil requerido.
						13.3	Códigos y/o sueldos de acuerdo al nivel de responsabilidad	Utilizar el Tabulador de Sueldos vigente y/o aplicable, de acuerdo a las funciones y nivel de responsabilidad.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2024	31/12/2024	Utilizar el Tabulador de Sueldos vigente y/o aplicable, 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, aplicar encuestas del clima organizacional	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	LETICIA DEL CARMEN GARCIA MARQUEZ	01/01/2024	31/12/2024	Llevar a cabo capacitaciones al personal, aplicar encuestas del clima organizacional
2024_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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	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	01/01/2024	31/12/2024	El personal responsable de atender las solicitudes de información, esta capacitado y actualizado en la normatividad aplicable en la materia.

PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR) 2024



Ramo Administrativo / Sector **SALUD**

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

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

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



Integró
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
2024_15	sanciones que conlleva pago de diversas prestaciones y/o responsabilidades ante el incumplimiento de algún mandato de autoridad.	8	8		EVITAR EL RIESGO	15.1	falta de practica en en trato digno al paciente y familiares en cada unidad aplicativa	Se impartira curso de induccion a todo el personal medico, paramedico y administrativo con enfasis en trato digno y proteccion de derechos humanos, así mismo se retroalimentara a personal directivo sobre la importancia de cero maltrato.	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2024	31/12/2024	Se impartira curso de induccion a todo el personal medico, paramedico y administrativo con enfasis en trato digno y proteccion de derechos humanos, así mismo se retroalimentara a personal directivo sobre la importancia de cero maltrato.
						15.2	falta de implementation de bitacora de asuntos medico-legales en las Unidades Aplicativas así como el llenado e integracion completa de los documentos medico legales en los expedientes clinicos.	se retoma bitacora de asuntos medico legales y se envian nuevos formatos medico legales aplicables para la unidad aplicativa CESAME y HOSPITAL MATERNO INFANTIL.	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2024	31/12/2024	se retoma bitacora de asuntos medico legales y se envian nuevos formatos medico legales aplicables para la unidad aplicativa CESAME y HOSPITAL MATERNO INFANTIL.
						15.3	falta de actualizacion de permisos, avisos y licencias en las Unidades Aplicativas	se elaboraran formatos de permisos, avisos y licencias del Hospital Materno Infantil y avisos del Hospital Psiquiatrico de Parras, así mismo se revalidaran todos los avisos, permisos y licencias de las unidades aplicativas.	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2024	31/12/2024	se elaboraran formatos de permisos, avisos y licencias del Hospital Materno Infantil y avisos del Hospital Psiquiatrico de Parras, así mismo se revalidaran todos los avisos, permisos y licencias de las unidades aplicativas.
						15.4	falta de comunicación y directorio de autoridades en casos de emergencia o situacion de riesgo	se realizara una reunion con el objetivo de implementar el directorio de riesgos en las unidades aplicativas.	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2024	31/12/2024	se realizara una reunion con el objetivo de implementar el directorio de riesgos en las unidades aplicativas.
						15.5	desconocimiento de normatividad laboral y medico-legal por parte del personal directivo en las Unidades Aplicativas	se difundira mensualmente via correo electronico normativa vigente a directivos de las unidades para su comunicacion y conocimiento a todo el personal. Siendo un tema diverso por mes.	COORDINACION JURIDICA	FRANCISCO GARCIA RODRIGUEZ	01/01/2024	31/12/2024	se difundira mensualmente via correo electronico normativa vigente a directivos de las unidades para su comunicacion y conocimiento a todo el personal. Siendo un tema diverso por mes.