

Datos de identificación del OIC

Siglas y nombre de la Institución Pública de adscripción del OIC :	HCDIMP Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"
Siglas y nombre de las Instituciones Públicas en las que el OIC tiene atribuciones (casos de OIC con multipertenencia):	N/A
Año del Inventario de Riesgos.	2019
Nombre del Titular del OIC:	L.E. Esteban Federico López Garza
Nombre del Titular de Area designado para facilitar o coordinar los trabajos del TEE:	
Dirección del lugar o sede donde se llevó a cabo el taller:	Sala de Juntas Jose Isacc Delgado
Número de participantes:	1
Nombre del Director General de OICC	C.P. Marcela Gilda Díaz Fierro
Nombre del Visitador	C.P. Francisco Javier Contreras Martin
Fechas en las que se llevó a cabo la o las reuniones de trabajo (dd/mm/aa):	22/11/2018

Cédula de identificación y valoración de Riesgos

Instructivo de llenado

A) IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Investigación previa: a fin de que los Órganos Internos de Control (OIC) planeen y programen las actividades que, en las materias de su competencia, efectuarán durante el ejercicio fiscal 2017, deberán llevar a cabo un Taller de Enfoque Estratégico (TEE). En dicho TEE el OIC deberá identificar y evaluar los riesgos que, de materializarse, obstaculizarán el cumplimiento de los objetivos que persiguen las Instituciones Públicas en las que se encuentran adscritos. Por esta razón, es necesario que las actividades que desarrollará el OIC estén alineadas a los objetivos institucionales (de los que derivan los riesgos) y previstas a la atención de los diversos problemas a los que se enfrentan éstas (factores de riesgo) y que influyen en la materialización o no de los riesgos. Si bien es cierto que las atribuciones del OIC no se establecieron para afectar los objetivos de creación o de gestión de la Institución, si deben converger para fortalecer la gestión de ésta, promover directrices acordes a las necesidades de cada una, y en su caso, eliminar obstáculos a partir de la identificación de los asuntos que le son más relevantes. Para el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, primeramente es necesario:

- a) identificar los objetivos que persigue la Institución Pública, es decir, reconocer cuál es el quehacer institucional, así como el motivo de su creación (derivados del estatuto de creación, Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial, entre otros) y conocer el Mapa de Riesgos Institucional para 2016 o en su caso, 2017.
- b) identificar la principal problemática a la que se enfrenta la institución pública, jerarquizada a partir de la que afecta en mayor medida a sus objetivos institucionales y después a los objetivos más específicos.
- c) reconocer las atribuciones y alcances del OIC en su gestión dentro de la Institución (marco normativo interno), destacando la fuerza de trabajo con la que se cuenta.
- d) identificar las estrategias generales de la Secretaría de la Función Pública (atribuciones del Reglamento Interior, reducción de niveles de corrupción, mejorar la efectividad, consolidar la transparencia y la rendición de cuentas, y vigilar el apego a la legalidad, entre otros.)

Objetivos y metas institucionales: llenar con el o los objetivos que persigue la dependencia o entidad en la que se encuentra adscrito el Órgano Interno de Control, mismos que contribuyen a las estrategias y líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo, programas sectoriales e institucionales, especiales, transversales y, en su caso, reformas estructurales, compromisos del Gobernador, las acciones ejecutivas instruidas a la CGE, entre otros, de los cuales se derivarán los Riesgos de la Institución.

Riesgo: es el evento adverso e incierto (externo o interno) que, derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y posible impacto, pudiera obstaculizar o impedir el logro de los objetivos y metas institucionales.

Es recomendable redactar el riesgo en un máximo de diez palabras y puede iniciar señalando un riesgo por cada objetivo. La descripción del riesgo debe corresponder al mismo nivel del objetivo descrito sin incluir problemáticas ya identificadas o que ya están sucediendo o que la redacción sugiera que los riesgos que ya se materializaron.

Llene los datos respectivos de cada riesgo que será analizado en el TEE conforme lo solicita la estructura propuesta. Añada o elimine en el formato las filas necesarias para incluir TODOS los riesgos independientemente de su relevancia. Mantenga un equilibrio entre la cantidad de objetivos y la de riesgos identificados; es recomendable que no existan más de dos o tres riesgos por cada objetivo institucional para evitar la falta de cobertura o un exceso en la cantidad de compromisos adquiridos por aquellos OIC que estén limitados por su fuerza de trabajo disponible. La información plasmada deberá coincidir con la del "Mapa de Riesgos: Cuadrantes, Ranking y Cobertura con el programa anual de auditorías 2018", así como con el "Gráfico del Mapa de Riesgos Institucional para la Formulación del PAA 2018". Por lo anterior, deben quedar incorporados en ambos formatos todos los riesgos del Inventario de Riesgos 2018.

B) IDENTIFICACIÓN DEL EJE RELACIONADO CON EL RIESGO

Las acciones que impulsará la Contraloría General del Estado a través de los Órganos Internos de Control en 2018 será a través de tres Ejes Centrales y un Eje Transversal enfocados a la implementación del SNA Y SEA y con la participación de todas las unidades administrativas de la CGE y los Órganos Internos de Control.

- 1 Auditoría, Control y Evaluación
- 2 Legalidad
- 3 Modernización y desarrollo de la Gestión y Optimización de Recursos
- 4 Transversal

Relacione cada riesgo con un eje y etiquételo considerando los planteamientos anteriores y el tema o materia propios del Riesgo. Es recomendable se observe la cobertura del mapa de riesgos con estos cuatro ejes en, por lo menos, un riesgo.

C) IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo: la circunstancia o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad que un riesgo se materialice.

Describe, en orden de importancia, los factores (o problemática identificada en las actividades que realiza la Institución) que puedan contribuir a la materialización del riesgo inventariado. Se recomienda utilizar un máximo de 25 palabras para cada uno, por lo que se debe redactar el problema visto, de manera concreta. Puede describir el mismo factor para uno o varios riesgos. Capture al menos un factor (que se pretenda atender) para cada riesgo. Dado que existen factores internos y externos, es recomendable se señalen en su mayoría los que puedan ser atendidos por la dependencia o entidad en coordinación con las actividades que realizará el OIC, sin dejar de señalar o restar importancia aquellos que por alguna circunstancia ajena no puedan ser atendidos por completo por la dependencia o entidad o por el OIC. Derivado de lo anterior, los factores serán enunciativos y no limitantes, en cuanto a la cantidad de factores que se incorporen con la cantidad de actividades del OIC que programe efectuar, por lo que, podrán capturarse factores importantes de mencionar que no tendrán una actividad alineada para atenderlos. Los factores de riesgo serán del tipo siguiente:

Tipo de factor de riesgo:	Descripción
Recursos humanos	Personal que participa directa o indirectamente en la consecución del objetivo o meta.
Financiero-presupuestal	Recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de los objetivos o metas.
Material-infraestructura	Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de los objetivos o metas.
Procesos-operativo	Conjunto de operaciones necesarias para alcanzar los objetivos o metas.
Administrativo-gestión	Actividades adjetivas relacionadas con la planificación, organización, dirección y control de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos o metas.
Tecnologías de la información y comunicación	Sistemas requeridos por la Institución Pública para administrar la información.
Normativo	Conjunto de leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la Institución Pública para la consecución de sus objetivos o metas.
Entorno	Conjunto de condiciones externas a la Institución Pública que inciden en el logro de los objetivos o metas y sobre los cuales no se tiene influencia.

D) IDENTIFICACIÓN DE LOS EFECTOS

Impacto o efecto: las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo.

Describe el efecto negativo más relevante que tendría la Institución Pública si llegara a materializarse el riesgo, esto, le permitirá conocer el grado de impacto que tiene el riesgo en el que se identificaron los factores. El efecto negativo descrito, podrá tener alguno de los siguientes tipos de impacto:

Tipo del impacto	Descripción
Costos	Incrementa costos
Ingresos	Disminuye los ingresos
Metas físicas	Impide el cumplimiento de metas físicas
Metas financieras	Impide el cumplimiento de metas financieras
Calidad de bienes y servicios	Reduce la calidad de los bienes/servicios que entrega/presta la Institución Pública
Satisfacción de beneficiarios o usuarios	Reduce la satisfacción de los beneficiarios / usuarios
Imagen pública	Afecta negativamente la imagen pública de la Institución Pública
Objetivos y/ funciones sustantivas	Dificulta el logro de los objetivos o el desempeño de las funciones sustantivas definidas en los programas sectoriales / institucionales
Mejora de procesos	Demerita el desarrollo de los procesos sustantivos de la Institución Pública

E) VALORACIÓN INICIAL

Grado de impacto: el nivel en que los efectos negativos afecten a la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo.

Probabilidad de ocurrencia: la estimación de que ocurra un evento en un periodo determinado.

Una vez señalado el posible efecto negativo y su impacto, se valorará el riesgo en cuanto al grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia. Ésta evaluación se determinará sin considerar los controles existentes a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad (es decir, que no exista algún control interno establecido) a que está expuesta la institución de no atender los riesgos adecuadamente.

Establezca a cada riesgo un criterio / valor específico de grado de impacto y probabilidad de ocurrencia de acuerdo con la escala mostrada en las tablas siguientes:

Tabla de GRADO DE IMPACTO	
1 - 2	Muy bajo
3 - 4	Bajo
5 - 6	Regular
7 - 8	Alto
9 - 10	Muy alto

Tabla de PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	
menor al 10%	1
	2
entre 11 y 15%	3
	4
entre 16 y 20%	5
	6
entre 21 y 25%	7
	8
mayor que 25%	9
	10

F) VALORACIÓN DE LOS CONTROLES INTERNOS

Control Interno: el proceso que tiene como fin proporcionar un grado de seguridad razonable en la consecución de los objetivos de la institución.

Preventivo: el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de los objetivos y metas;

Correctivo: el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;

Detectivo: el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado.

La existencia de controles en la Institución Pública disminuye la probabilidad que el riesgo se materialice, ya que se considera que está siendo administrado al implementar controles que subsanen la problemática existente. Si son suficientes los controles establecidos, la valoración del riesgo pasa a una escala inferior, de lo contrario, se mantiene el resultado de la valoración inicial del riesgo, es decir, la otorgada antes de haber establecido la existencia de los controles.

G) VALORACIÓN FINAL

Para determinar la valoración final de cada riesgo se deberán tomar en cuenta los **elementos cuantitativos** y **cuantitativos** que lo afectan así como de la estimación de la existencia y suficiencia de los controles internos.

Elementos cuantitativos: generalmente cuanto mayor es la ocurrencia de situaciones tales como: el número de quejas, denuncias y procedimientos de responsabilidad administrativa, observaciones determinadas de auditorías con irregularidades recurrentes, acciones de mejora determinadas, indicadores de proyectos de mejora que no alcanzaron las metas, recomendaciones constantes en los informes de autoevaluación, hallazgos de evaluaciones y auditorías externas, entre otras, mayor es la probabilidad de que se materialice el riesgo.

Elementos cualitativos: Entre los elementos cualitativos se encuentran: los aspectos presupuestales que han tenido desviaciones importantes durante el ejercicio anterior; los proyectos de inversión, o de adquisición de bienes y servicios susceptibles de actos de corrupción, a fallas o retrasos y/o incumplimientos normativos; los trámites, servicios, programas y/o procesos con debilidades, duplicidad de funciones o susceptibles de actos de corrupción; los indicadores de gestión, de resultados u otros relevantes, con incumplimiento de metas, resultados negativos o con sugerencias importantes de las evaluaciones y/o estudios a los programas con reglas de operación realizados por instituciones externas; información relevante publicada en medios de comunicación relacionada con el tema del riesgo, entre otras.

*Establezca nuevamente a cada riesgo un criterio / valor específico de grado de impacto y probabilidad de ocurrencia de acuerdo con la escala mostrada en las tablas citadas anteriormente, considerando los elementos cuantitativos y cualitativos, así como la existencia y suficiencia de los controles internos. **Considere que la valoración otorgada en 5, 5 mantendrá el Riesgo en el cuadrante III. La ubicación en cada cuadrante (en la cédula de identificación y en el gráfico) se mostrará de forma automática una vez que haya otorgado los dos valores.***

H) CÁLCULO DE LA SUMA PONDERADA

La SUMA PONDERADA se utiliza para JERARQUIZAR ("rankear") los riesgos, es decir, posicionarlos u ordenarlos del valor mayor al valor menor en cada cuadrante. Para calcular la SUMA PONDERADA de los promedios, primero se otorga el valor de 0.6 al grado de IMPACTO y 0.4 a la PROBABILIDAD de ocurrencia. Este procedimiento ya se encuentra formulado en las columnas correspondientes del formato "Mapa de Riesgos: Cuadrantes, Ranking y Cobertura con el PAA", por lo que debe transferir todos los riesgos identificados (número de riesgo, riesgo, valor de impacto y valor de probabilidad) de la "Cédula de identificación y valoración de riesgos" e irlos colocando en cada cuadrante del formato de "Mapa" como le corresponde de acuerdo con la "Cédula", una vez hecho esto, e identificando el orden que se origine del "ranqueo" debe, indicar el número del ranqueo en orden de mayor a menor y, en su caso, reacomodarlos para que se muestre primero el de valor mayor en la suma ponderada y que tendrá el número de ranking 1 (uno), esta identificación y orden deberá efectuarse con el grupo de riesgos que se incorporará en cada cuadrante en el formato del "Mapa, cuadrantes y Ranking". Es importante que se reporten TODOS LOS RIESGOS identificados y se ubiquen en el cuadrante correspondiente. De tal forma, cada riesgo podrá tener un número dentro del orden del Inventario de Riesgos y, puede ser coincidente o no con el número de orden determinado por el ranking, las únicas condiciones son que la numeración del inventario y la numeración con respecto al ranking sea cada una progresiva y no se repitan los números entre ellas, (por ejemplo: si se tienen 8 riesgos el número de inventario deberá ser del 1 al 8 y el orden en cuanto al ranking también será del 1 al 8).

I) DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES

Como resultado del TEE, el TOIC deberá identificar acciones para atender primeramente los factores de Riesgo de mayor peso, conforme a las Estrategias contenidas en los Lineamientos Generales para la Formulación de los Programas de Trabajo de los Órganos Internos de Control 2018, el trimestre en que se tiene estimado realizarlas y el área del OIC que será responsable de su ejecución.

I) FIRMA DEL RESPONSABLE DEL TEE

Al finalizar la reunión de trabajo del TEE deberá contar con la cédula firmada por el Titular del Órgano Interno de Control o en su ausencia, el responsable de la gestión del Taller, que deberá incluir su puesto. Esta cédula será el soporte que utilizará el DGOICC para dar la opinión respectiva, independientemente de su asistencia al TEE. El documento denominado Cédula de identificación y valoración de riesgos 2018 es enunciativo mas no limitativo.

IMPORTANTE: Nombre el archivo del Taller de Enfoque Estratégico con las siglas de la dependencia o entidad en la que está adscrito el OIC, por ejemplo:

TEE_SEGE

TEE_SGG

TEE_SEDESORE

En caso de que el TEE corresponda a varias instituciones públicas en las cuales el OIC tiene atribuciones (multipertenencia) señalar:

TEE_ODES_XXX

TEE_DIF_IRC

Órgano Interno de Control en: HCDIMP Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Cédula de identificación y valoración de Riesgos

Objetivo (A)	RIESGOS (A B)				FACTORES (C)			EFECTOS E IMPACTOS (D)		VALORACIÓN INICIAL DEL RIESGO (E)		VALORACIÓN DE LOS CONTROLES (F)			VALORACIÓN FINAL DEL RIESGO (G)		UBICACIÓN EN CUADRANTE				SUMA PONDERADA (H)			Actividad con la que se atenderá el factor	
	Eje (B)	Sustantivo:	Verbo en participio:	Adjetivo, adverbio o complemento circunstancial negativo:	Número	Descripción	Tipo	Efecto negativo	Tipo de impacto	IMPACTO	PROBABILIDAD	Existe un control interno:	Descripción del control	Tipo	IMPACTO	PROBABILIDAD	I	II	III	IV	Valor ponderado del IMPACTO	Valor ponderado de la PROBABILIDAD	Valor de la suma		
Salud y Alimentación	Auditoría, control y evaluación	Requisiciones	adjudicadas	incompletamente	1	Presupuesto insuficiente	Financiero-presupuestal	Retraso en la generación de resultados de estudio	Calidad de los bienes y servicios	9 Muy alto	9 Muy alto	Si	Verificación de los materiales e insumos	Preventivo	8	8	I					4.8	3.2	8.00	Auditoría
					2	Bases de datos no actualizadas	Tecnologías de la informac	Aplicación parcial del tratamiento	Costos																
					3	Desconocimiento de los mínimos necesarios en los servicios	Procesos-operativo	Recuperación lenta del paciente	Satisfacción de los beneficiarios o usuarios																
					4	Falta de verificación de las necesidades del departamento	Procesos-operativo	Incremento en los días de hospitalización	Costos																
Salud y Alimentación	Auditoría, control y evaluación	Medicamentos, Materiales e Insumos	distribuidos	insuficientemente	1	Compras realizadas de forma incompleta	Financiero-presupuestal	Inventario incompleto en los centros de distribución	Calidad de los bienes y servicios	7 Alto	7 Alto	Si	Verificación de los materiales e insumos		7	7	I					4.2	2.8	7.00	Auditoría
					2	Retraso en las entregas de los proveedores	Entorno	Prestamos entre los Centros de Distribución	Objetivos y funciones sustantivas																
					3	Distribución inadecuada de productos caducados	Procesos-operativo	Compras de urgencia	Costos																
								Vales de Enfermería surtidos de forma incompleta	Calidad de los bienes y servicios																
Salud y Alimentación	Auditoría, control y evaluación	Pacientes	atendidos	parcialmente	1	Compras realizadas de forma incompleta	Financiero-presupuestal	Reprogramación de la aplicación del tratamiento	Calidad de los bienes y servicios	9 Muy alto	8 Alto	Si			8	7	I					4.8	2.8	7.60	Auditoría
					2	Eventos o renglones de medicamentos e insumos declarados deictos	Entorno	Retraso en la aplicación del medicamento al paciente	Calidad de los bienes y servicios																
					3	Retraso en las entregas de los proveedores	Entorno	Recuperación lenta del paciente	Satisfacción de los beneficiarios o usuarios																
					4	Equipos deficientes u obsoletos	Material-infraestructura	Compras de urgencia	Costos																
Salud y Alimentación	Modernización de la gestión	Expediente Clínicos	elaborados	incompletamente	1	Extravío de expedientes clínicos o documentos del expediente	Recursos humanos	Duplicidad de registros por expedientes no encontrados	Mejora de procesos	8 Alto	9 Muy alto	Si			8	9	I					4.8	3.6	8.40	Auditoría
					2	Personal poco comprometido con la aplicación de la normatividad	Normativo	Dificulta el proceso de autorización del Seguro Popular	Calidad de los bienes y servicios																
					3	Falta de supervisión del médico adjunto	Recursos humanos	Dificulta el seguimiento y evolución del paciente	Calidad de los bienes y servicios																
					4	Redacción ilegible e incompleta	Recursos humanos	Retraso en la búsqueda de expedientes	Satisfacción de los beneficiarios o usuarios																
					5	Desorganización en archivo y distribución de expedientes	Administrativo-gestión																		
					6	Documentos archivados sin llevar una secuencia	Normativo																		
Salud y Alimentación	Auditoría, control y evaluación	Cuentas de pacientes	recuperadas	incompletamente	1	Atención a población de bajos recursos económicos	Entorno	No cuentan con los recursos para liquidar la diferencia que el Seguro Popular no cubre	Costos	10 Muy alto	9 Muy alto	Si	INEXISTENTE		10	9	I					6	3.6	9.60	Auditoría
					2	Expediente clínicos no apegados a la Norma Oficial	Normativo	Incremento en el tiempo de revisión y corrección del Expediente	Calidad de los bienes y servicios																
								Entregas de CAUSES fuera de tiempo	Costos																
								Diferencia en la cobertura de atenciones	Costos																
Salud y Alimentación	Auditoría, control y evaluación	Medicamentos, Materiales e Insumos	surtido	insuficientemente	1	Retraso en la adquisición de material y medicamento	Financiero-presupuestal	Compras emergentes	Costos	8 Alto	6 Regular	Si	Gestión y seguimiento de la Compra	Preventivo	5	5			III		3	2	5.00	Auditoría	
					2	En la compra de material no se toman en cuenta las especificaciones requeridas	Recursos humanos	No se cuenta con material de buena calidad	Calidad de los bienes y servicios																
								Se incrementa la utilización de insumos	Costos																

Mapa de Riesgos: Cuadrantes, Ranking y Cobertura con el PAA 2018

Instructivo de llenado

Considerando la integración del reporte en la captura de los datos de los riesgos y su cobertura correspondiente, deberán emplearse letras mayúsculas y minúsculas, tipo calibri número 10.

El presente instructivo describe el contenido del "reporte impreso" para la validación de la información incorporada en el SIA.

1 Nombre completo de la dependencia o entidad donde se encuentra adscrito el OIC.

2 a 7 Información registrada en la Cédula de Identificación y Valoración de Riesgos, elaborada por el Órgano Interno de Control en el Taller de Enfoque Estratégico.

8 Número que corresponde a la(s) auditoría(s) programada(s) en el PAA 2018 para cubrir el riesgo en cuestión.

9 Acción específica distinta del Eje de Control y Auditoría que realizará el Órgano Interno de Control para atender el factor de riesgo en cuestión, la cual deberá estar alineada a las propuestas en el Taller de Enfoque Estratégico.

10 Valor numérico que resulte de sumar verticalmente, por cada cuadrante, la cantidad de riesgos cubiertos con auditorías o con otra acción específica.

11 Cantidad de riesgos cubiertos con auditorías programadas en el PAA 2018.

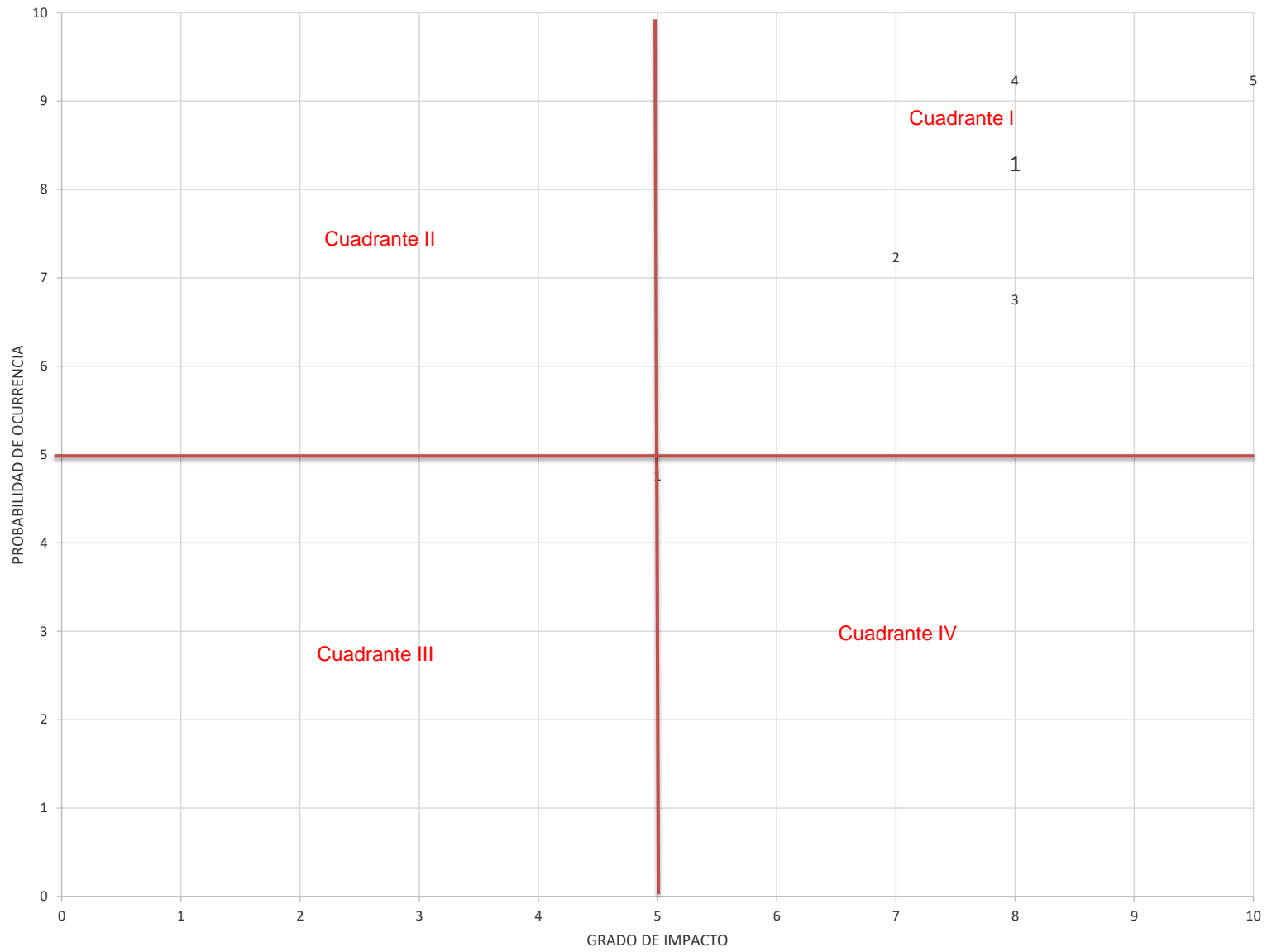
12 Cantidad de riesgos cubiertos con otras acciones específicas, de acuerdo a lo indicado en el numeral 9 de este instructivo.

13 Valor numérico que resulte de sumar verticalmente los totales de cada uno de los cuadrantes.

14 Valor numérico que resulte de sumar verticalmente los totales de cada uno de los cuadrantes de los riesgos cubiertos con auditorías.

15 Valor numérico que resulte de sumar verticalmente los totales de cada uno de los cuadrantes de los riesgos cubiertos con otra acción, de acuerdo a lo indicado en el numeral 9 de este instructivo.

Gráfico del Mapa de Riesgos para la formulación del PAT 2019
Institución: Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"



PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO				AÑO: 2019		HOJA ____ / 2	
						DIA MES AÑO	
INSTITUCIÓN: HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"						27 11 18	
No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN ÁREA A REVISAR	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS	
				INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	PERSONA
1							
AUDITORÍA DE CONTROL Y EVALUACIÓN							
1.1							
AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO							
1.1.1	AUDITORIA PRACTICADA A LA DIVISION DE RECURSOS MATERIALES AL RUBRO DE PROCESOS DE CONTRATACIÓN	Esta auditoria se realizara para conocer el procedimiento de compra que se aplica y las justificaciones para llevarlo a cabo, ya que es uno de los principales gastos del Hospital para la realización de sus actividades.	El objetivo de esta auditoria es conocer si las bases con las que determinan el producto y volumen a adjudicar son las adecuadas y en apego a la normatividad aplicable.	3	20	18/5	
1.1.2	AUDITORIA PRACTICADA A LA DIVISION PARAMEDICA Y AL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA Y ARCHIVO CLINICO AL RUBRO DE EXPEDIENTE CLINICO	Esta auditoria se realizara debido a que dentro de la investigación de quejas se detecto que los Expedientes Médicos no estan apegados a la Norma Oficial NOM-004	El objetivo de esta auditoría es detectar la causa por la cual, los expedientes médicos no son elaborados conforme a la Norma Oficial	3	20	18/5	
1.1.3	AUDITORIA PRACTICADA AL DEPARTAMENTO DE ALMACEN GENERAL AL RUBRO DE DISTRIBUCION	Esta auditoria se realizara con la finalidad de conocer el proceso de recepción, almacenamiento y distribución del medicamento, material o insumos	El objetivo de esta auditoria es conocer el proceso desde que el medicamento, material o insumos se recibe en el Almacén del Hospital hasta que es entregado a los diferentes Centros de Distribución	16	31	16/5	
1.1.4	AUDITORIA PRACTICADA A LA DIVISION DE RECURSOS FINANCIEROS Y AL DEPARTAMENTO DE ATENCION HOSPITALARIA AL RUBRO DE SEGURO POPULAR	Debido a revisiones anteriores hemos visto que en ocasiones el Seguro Popular no cubre el total de la cuenta de los pacientes, identificar las gestiones que se realizan para que la cantidad que no es cubierta sea recuperada o conocer su status y modo de registro.	El objetivo principal de esta auditoría es conocer a cuánto asciende el monto que no cubre el Seguro Popular a los pacientes afiliados y como queda registrada la diferencia y/o si es recuperada por la institución.	36	51	16/5	
1.1.5	AUDITORIA PRACTICADA A LA DIVISION PARAMEDICA Y AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	Debido a revisiones anteriores vimos que el Departamento de Enfermería no puede llevar a cabo sus actividades debido a la falta o mala calidad del material y/o medicamento .	El objetivo de esta auditoria es conocer los controles que dicho departamento lleva a cabo para el abastecimiento del material y/o medicamento	36	51	16/5	

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO					AÑO: 2019		HOJA ____ / 2	
							DÍA MES AÑO	
INSTITUCIÓN: HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"							27 11 18	
No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN ÁREA A REVISAR	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS		
				INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	PERSONA	
1.1.6	AUDITORIA PRACTICADA A LA DIVISION DE RECURSOS FINANCIEROS Y AL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA	Es de suma importancia conocer las acciones y/o procesos que se llevan a cabo para la recuperación de los ingresos de los tratamientos de los pacientes de Oncología debido a que en revisiones anteriores se detectó que los tratamientos son de costo muy elevado.	El objetivo de esta auditoria es conocer el proceso administrativo- financiero relacionado con el ingreso por concepto de los tratamientos de los pacientes de Oncología.	16	31	16/5		
1.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO								
1.2.1	EVALUACION DEL ORGANO DE FISCALIZACIÓN AL INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO	Evaluar el Informe Anual que guarda el Sistema de Control Interno Institucional		24	24	1/5		
1.2.2	INFORME DE EVALUACION AL REPORTE DE AVANCES SEMESTRAL DEL PTCI	Realizar la evaluación del Reporte de Avances Semestral del PTCI y elaborar el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte.				4/5		
1.2.3	INFORME DE EVALUACION AL REPORTE DE AVANCE PTAR	Realizar la evaluación del Reporte de Avances Semestral del PTAR y elaborar el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte.				4/5		
1.2.4	PROCESO PARA APLICAR LA METODOLOGIA PARA LA AR	Revision del proceso para la aplicación de la metodología para la Administracion de Riesgos				2/5		
1.3 EVALUACION DE LA GESTION GUBERNAMENTAL								

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO				AÑO: 2019		HOJA ____ / 2	
						DIA MES AÑO	
INSTITUCIÓN: HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"						27 11 18	
No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN ÁREA A REVISAR	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS	
				INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	PERSONA
1.3.1	REPORTES DE AVANCE TRIMESTRAL DEL GASTO (EN CUMPLIMIENTO AL ART. 75 LPRH)	Enviar a la Contraloría General del Estado el informe sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos, respecto de los recursos ejercidos.					3/5
1.3.2	REPORTES DE AVANCE TRIMESTRAL DEL SED-INDICADORES (EN CUMPLIMIENTO AL ART. 79 LPRH)	Verificar los resultados de la ejecución de los programas y presupuestos, con base en el sistema de evaluación del desempeño, para identificar la eficiencia, economía, eficacia, y la calidad en la administración pública y el impacto social del ejercicio del gasto público, así como aplicar las medidas conducentes.					3/5
2	LEGALIDAD						
2.1.	QUEJAS Y DENUNCIAS						
2.1.1	ATENCION DE QUEJAS Y DENUNCIAS	Recibir los documentos y determinar si cuentan con los elementos de una queja o denuncia o si es de la competencia de esta Organo Interno de Control, para posteriormente llevar a cabo la investigación de los hechos a traves de requerimientos de documentación, información o entrevistas a los servidores públicos involucrados para determinar la posible existencia de responsabilidad administrativa y la sancion correspondiente			1	52	VARIABLE
2.2	RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS						
2.2.1	ATENCION DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS	Resolver y fincar responsabilidad administrativa al servidor público infractor; así como determinar la sanción correspondiente.			1	52	VARIABLE
2.3	POLITICAS DE CONTRATACIONES PUBLICAS						
2.3.1	PARTICIPACION EN LOS PROCESOS DE ADJUDICACION	Participar en los procesos de adjudicación para vigilar que se lleve a cabo conforme a normatividad; además de sellar y rubricar los sobres, las propuestas economicas y tecnicas de los proveedores participantes.			1	52	VARIABLE
2.4	DECLARACIONES DE SITUACION PATRIMONIAL, DE INTERESES Y FISCAL						

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO					AÑO: 2019		HOJA ____ / 2	
							DIA MES AÑO	
INSTITUCIÓN: HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"							27 11 18	
No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN ÁREA A REVISAR	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS		
				INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	PERSONA	
2.4.1	DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL, DE INTERES Y FISCAL	Promover la presentación de la declaración de situación patrimonial, de intereses y fiscal; así como asesorar y emitir los escritos pertinentes para que se de el cumplimiento a la Declaración de situación patrimonial, de intereses y fiscal; además de mantener actualizado el padrón de servidores públicos obligados e iniciar o dar seguimiento a los procedimientos disciplinarios relacionados con la omisión o presentación extemporanea de la declaración.		1	26	26/5		
3	MEJORA DE LA GESTIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS							
3.1	MEJORA DE LA GESTIÓN							
3.1.1	MEJORA DE LA GESTIÓN	Impulsar el desempeño institucional, para contribuir al logro de metas y objetivos mediante la estandarización de procesos, la orientación de las estructuras orgánicas y ocupacionales hacia los objetivos estratégicos, la profesionalización, la planeación y control de los recursos humanos y el aprovechamiento de las tecnologías de información y de las comunicaciones.		1	52	VARIABLE		
3.1.2	EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO	Evaluar el rendimiento del personal de esta institución y comprobar el cumplimiento y alcance de los objetivos establecidos.		1	52	VARIABLE		
3.2	OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS							
3.2.1	REVISIÓN DEL ACUERDO PARA LA DISCIPLINA DEL GASTO PÚBLICO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO	Dar seguimiento al cumplimiento del Acuerdo para la Disciplina del Gasto Público y el Fortalecimiento de la inversión para el Desarrollo		23	23	1/5		
4	TRANSVERSAL							
4.1	TRANSPARENCIA Y GOBIERNO ABIERTO							
4.1.1	INFORMES DE TRANSPARENCIA	Promover y evaluar el uso de transparencia focalizada de la entidad o dependencia, supervisando en los portales de las mismas se publique información socialmente útil; además de supervisar el porcentaje de cumplimiento cuantitativo y cualitativo en los portales que para tal efecto diseñó CEGAIP				3/5		
4.1.2	GOBIERNO ABIERTO	Difundir el Modelo para un Gobierno Abierto; así como promover la creación de los Comités Institucionales de Gobierno Abierto, Dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en los Proyectos de Innovación de GA, Vigilar el cumplimiento de la entidad o dependencia de los compromisos establecidos en el Programa Peso x Peso, Acción x Acción. Vigilar que las dependencias o entidades cumplan en tiempo y forma con la entrega de reportes al CCT, Promover que en la entidad se difundan los concursos para incentivar la transparencia o mejorar el esquema de Contraloría Social.		1	52	VARIABLE		
4.2	ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES							
4.2.1	SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES A TRAVÉS DEL COCODI	Asistir a las reuniones del Comité de Control Interno para revisar y asesorar los avances obtenidos por cada una de las Divisiones de la Entidad.		1	52	VARIABLE		

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO				AÑO: 2019		HOJA ____ / 2	
						DIA MES AÑO	
INSTITUCIÓN: HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"						27 11 18	
No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN ÁREA A REVISAR	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS	
				INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	PERSONA
4.2.2	SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES A TRAVES DEL CEPCI	Difundir el Código de Conducta, el Acuerdo Administrativo por el que se expiden las Reglas de Integridad, los Lineamientos Generales para propiciar la Integridad de los Servidores Públicos y para la creación de los Comites de Etica y Prevencion de Conflicto de Intereses, Promover la instalación de los CEPCI y Supervisar su desempeño		1	52	VARIABLE	
4.3 ARCHIVO GENERAL							
4.3.1	ARCHIVO GENERAL	Verificar la existencia del cuadro general de clasificación y del catálogo de disposición documental, asi como verificar que se cuente con los nombramientos de los responsables de archivos.		36	36	1/5	
5 OTRAS ACTIVIDADES							
5.1	ENTREGA DE INFORME DE ACTIVIDADES	Realizar la entrega de los Informes Mensuales de Acitvidades, de Auditorias concluidas y de Transparencia.		1	52	12/1	
5.2	INFORME SEMESTRAL DEL ART. 29 FRACC. XXV DEL RICGE EN CUMPLIMIENTO AL ART. 44 QUARTER DE NLA LOAPG	Presentar los Informes que establece el articulo 44 quarter de la Ley Organica de la Admnistracion Publica del Estado.		1	52	2/1	
5.3	ARQUEOS DE CAJA Y FONDO FIJO	Cotejar que la suma del efectivo y los documentos correspondan al total de la caja o fondo fijo, asi como los controles establecidos.		1	52	4/5	
5.4	CELEBRACION DE SESION ORDINARIA DEL COCODI	Llevar a cabo las sesiones ordinarias del COCODI para establecer acuerdos y darle seguimiento.		1	52	5/2	
5.5	CALENDARIO DE SESIONES DEL COCODI	Realizar y notificar el clendario de las sesiones del COCODI.		1	52	1/2	
5.6	PARTICIPACION EN LOS PROCESOS DE ENTREGA RECEPCION	Participar y presenciar el proceso de Entrega Recepcion de los Servidores Publicos de la Institucion hasta su conclusion y verificar que se cumpla adecuadamente conforme a la Ley.		1	52	VARIABLE	
5.7	SEGUIMIENTO A LA ESTRATEGIA DE CONTROL Y CIERRE	Dar seguimiento al control establecido por la actual Administracion Publica la cual influira en el cierre de la misma.		1	52	VARIABLE	
5.8	PARTICIPACION EN LOS LEVANTAMIENTOS DE INVENTARIO	Participar en los levantamientos de inventario de que no sean notificados.		1	52	VARIABLE	
5.9	SEGUIMIENTO DE LAS OBSERVACIONES POR INSTANCIAS FISCALIZADORAS	Dar seguimiento a las observaciones notificadas al Titular de la Dependencia derivadas de las Auditorias practicadas por Instancias Fiscalizadoras.		1	52	VARIABLE	
5.10	REVISION PREVENTIVA A FONDOS FEDERALES (ASF,SFP)	Revisión preventiva a Fondos Federales		1	52	VARIABLE	

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS - DETALLADO				AÑO: 2019		HOJA ____ / 2	
						DIA MES AÑO	
INSTITUCIÓN: HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"						27 11 18	
No. PROG. AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	JUSTIFICACIÓN ÁREA A REVISAR	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA O SEGUIMIENTO	SEMANAS DE		TOTAL DE SEMANAS	
				INICIO	TÉRMINO	REVISIÓN	PERSONA
5.11	CUMPLIMIENTO A LA CREACION, INSTALACION Y SEGUIMIENTO A LOS CENTROS DE CONTACTO CIUDADANO (ACUERDO DEL PROTOCOLO DE CONTRATACIONES PUBLICAS)	Verificar el adecuado cumplimiento al Acuerdo Administrativo por el cual se expide el Protocolo de Actuaciones en Material de Contrataciones Públicas.		1	52	VARIABLE	
<p>_____ L.E. ESTEBAN FEDERICO LOPEZ GARZA TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL HOSPITAL CENTRAL</p>							

INSTITUCION	HCDIMP HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS - RESUMEN	AÑO: 2019	HOJA : 1/1
				DÍA 27 MES 11 AÑO 2018

NO. PROG. AUDITORIA O SEGUIMIENTO	LUGAR. AREA O RUBRO A REVISAR	EJERCICIO A FISCALIZAR	PROGRAMACION																																																				TOTAL DE SEMANAS DE REVISION	TOTAL DE SEMANAS PERSONA	
			PRIMER TRIMESTRE													SEGUNDO TRIMESTRE													TERCER TRIMESTRE													CUARTO TRIMESTRE															
			ENE			FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			JUL			AGO			SEP			OCT			NOV			DIC																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52						
2.19	MEJORA DE LA GESTION	EJERCICIO 2019																																																						5	
2.20	EVALUACION AL DESEMPEÑO	EJERCICIO 2019																																																						5	
2.21	GOBIERNO ABIERTO	EJERCICIO 2019																																																						5	
2.22	PARTICIPACION EN LOS LEVANTAMIENTOS DE INVENTARIO	EJERCICIO 2019																																																						5	
2.23	SEGUIMIENTO DE LAS OBSERVACIONES POR INSTANCIAS FISCALIZADORAS	EJERCICIO 2017																																																						5	
2.24	REVISION PREVENTIVA A FONDOS FEDERALES (ASF,SFP)	EJERCICIO 2019																																																							
2.25	CUMPLIMIENTO A LA CREACION, INSTALACION Y SEGUIMIENTO A LOS CENTROS DE CONTACTO CIUDADANO (ACUERDO DEL PROTOCOLO DE CONTRATACIONES PUBLICAS)	EJERCICIO 2019																																																							
PLANTILLA AUTORIZADA DEL ORGANISMO INTERNO DE CONTROL																																																							5	AUDITORIAS SEGUIMIENTO	97/5
PLANTILLA REAL DEL ORGANISMO INTERNO DE CONTROL																																																							5	TRANSPARENCIA, INTEGRIDAD Y PARTICIPACION CIUDADANA PARA LA PREVENCIÓN DEL COMBATE A LA CORRUPCIÓN	0
PLANTILLA REAL DEL AREA DE AUDITORIA INTERNA																																																							5	DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	VARIABLE
PLANTILLA REAL DEL AREA DE AUDITORIA PARA EL DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTION PUBLICA																																																							5	QUEJAS Y DENUNCIAS	VARIABLE
PLANTILLA REAL DEL AREA DE RESPONSABILIDADES																																																							5	RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS	VARIABLE
PLANTILLA REAL DEL AREA DE QUEJAS																																																							5	CONTROVERSIAS Y SANCIONES ENCONTRA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS	VARIABLE
																																																							5	ACTIVIDADES QUE NO REÚNEN LOS REQUISITOS DE UNA AUDITORIA	56/5
																																																							5	PLANEACIÓN, DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN	52/1
																																																							5	INFORMES A LA CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO Y OTRAS INSTANCIAS	12/1
																																																							5	COMITÉS	12/1
																																																							5	JUNTAS Y CONSEJOS	12/1
																																																							5	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	52/5
																																																							5	CAPACITACIÓN	52/5
																																																							5	PLAZAS VACANTES	0
																																																							5	VACACIONES E INCAPACIDADES DEL PERSONAL	13
																																																							5	TOTAL DE LA FUERZA DE TRABAJO DEL OIC	358

L.E ESTEBAN FEDERICO LOPEZ GARZA
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DE HOSPITAL CENTRAL