

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.1.a	La misión, visión, objetivos y metas institucionales existen y están alineados al Plan Nacional de Desarrollo y a los Programas Sectoriales, Institucionales, y Especiales;	Continuar dando seguimiento a la misión, visión, objetivos y metas institucionales, a través de los informes trimestrales de autoevaluación de la gestión institucional y generar acciones de difusión entre el personal a través de sus correos electrónicos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	La actual Coordinación de Planeación y Comunicación Institucional, integro el Informe de gestión institucional con motivo de la celebración de la Cuarta Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno, en donde puede apreciarse el seguimiento a indicadores y metas institucionales. Por otra parte, la misión, visión, objetivos y metas institucionales se encuentran plasmados en los programas quinquenal 2012 y 2017, así como en el Programa Anual de Trabajo 2015, estando ambos alineados al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Además, con fecha 20 de abril de 2015, el Director General del HRAEI, emitió oficio DG/HRAEI/0220/2015, mediante el cual se difunden la misión, visión y valores institucionales y se informa de la existencia de los informes anuales y trimestrales en la página institucional. Conviene señalar que las metas institucionales, también se sometieron a conocimiento de los miembros del COCODI, en la Cuarta Sesión Ordinaria 2015 y que la misión y la visión, continúan en la página institucional www.hraei.gob.mx .	100	La documentación que sustenta esta acción, la concentra la Coordinación de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional y consiste básicamente en: Carpetas de la Junta de Gobierno y Carpetas electrónicas del SICOCODI; correos electrónicos enviados a las áreas solicitando información institucional para la integración del Informe de gestión.	
Elemento 1.1.b	La institución cuenta con un Comité de Ética formalmente establecido, para evaluar el cumplimiento del Código de Conducta y temas de integridad.	Cumplir con el calendario de sesiones establecido, realizar la evaluación periódica de los valores éticos y atender las instrucciones recibidas en materia de ética institucional	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Recursos Humanos	El Comité de Ética continuó sesionando durante el Cuarto Trimestre y durante el ejercicio 2015, fue aprobado el Código de Conducta, además de haberse establecido mecanismos de denuncia y evaluación de los valores éticos. El 15 de diciembre se reinstalo el Comité de Ética y de Prevención de Conflicto de Intereses, con base al Acuerdo publicado en el DOF el 20 de agosto de 2015 y además de otorgarse los nombramientos de sus miembros titulares y suplentes, también se aprobó el Calendario de Sesiones 2016.	100	La evidencia documental de esta acción, obra en los archivos de la Subdirección de Recursos Humanos y consiste en: Actas de sesiones del Comité de Ética y de Prevención de Conflicto de Intereses; Programa de Trabajo y calendario de sesiones 2016	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCL e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.1.c	Se efectúa la Planeación Estratégica Institucional como un proceso sistémico con mecanismos de control y seguimiento, que proporcionen periódicamente información relevante y confiable para la toma oportuna de decisiones.	Continuar con el proceso de planeación estratégica para la evaluación constante de la misión, visión y objetivos institucionales, apegándose a los formatos y protocolos establecidos.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	El área responsable de este tema, se ha asegurado que la planeación estratégica continúe plasmándose en el Programa Anual de trabajo 2015 y que se le dé seguimiento a través de los informes de Autoevaluación y de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR). El Manual para el Control de Gestión y del Desempeño Institucional HRAEI, se ha desarrollado como parte de un proceso de formalización, con el objetivo de considerar que la evaluación sea una herramienta fundamental para la correcta gestión institucional y para que los directores, subdirectores y otros servidores públicos que tengan nivel de decisión, identifiquen las áreas de oportunidad con que cuentan sus organizaciones, con el propósito de potenciar las acciones positivas y contribuyan a optimizar su desempeño. Ha sido desarrollado sustancialmente en forma alineada con el Manual de Indicadores para la Evaluación de los Servicios Hospitalarios y contempla fundamentalmente la utilización de los indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios emitidos por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y en base a los cuales, se da seguimiento. Se ha planteado la necesidad de que en 2016, se lleven a cabo talleres para la simplificación de objetivos y metas con la correspondiente revisión de la respectiva alineación de los parámetros de las áreas con los de la institución. Todas las acciones descritas tienen como propósito dar cumplimiento a lo plasmado y planeado en el Programa Anual de Trabajo, así como instrumentar acciones de mejora.	100	La documentación que soporta esta acción, obra en los archivos de la Coordinación de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional y consiste en: Minutas de las juntas de staff comunicados del Director General; Protocolos para la realización de los informes de gestión, de programas de trabajo y reporte de metas e indicadores.	
Elemento 1.1.d	Los manuales de organización y de procedimientos están alineados a las metas y objetivos institucionales y actualizados con base en la estructura organizacional	Realizar entre el personal del HRAEI, particularmente el de reciente ingreso, labores de difusión de los Manuales de Organización y Procedimientos, reiterando su alineación con la visión y misión, metas y objetivos institucionales	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Desarrollo Organizacional	El área responsable informó que el día 18 de diciembre de 2015, en la Cuarta Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno, se aprobó la actualización del Manual de Organización Específico y se solicitó a cada uno de los titulares de las áreas del HRAEI, su difusión y conocimiento entre su personal.	100	La documentación que soporta esta acción, obra en los archivos de la Coordinación de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional y consiste en: oficio APEC/HRAEI/020/2016; página web del HRAEI, en donde se aprecia la información relacionada con los Manuales de Organización y de Procedimientos.	



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC
Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.1.d	autorizada, las atribuciones y responsabilidades en las leyes, reglamentos, políticas y demás ordenamientos administrativos aplicables;	Realizar por lo menos una vez al año, la revisión del contenido de los manuales, con la finalidad de verificar su congruencia con la visión, la misión y los objetivos institucionales	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Desarrollo Organizacional	Respecto a la revisión a los manuales, el área refinó que mediante oficio DG/HRAEI/0553/2015, de fecha 7 de septiembre de 2015, se llevó a cabo la actualización del Manual de Organización Específico del HRAEI y se realizó un cambio en la misión derivado del cambio en el estatuto orgánico en el mes de agosto de 2014. Para ese efecto, se elaboró oficio DG/HRAEI/553/2015 de fecha 7 de septiembre de 2015. Por otro lado, se indicó que la revisión es permanente, de conformidad con las circunstancias operativas relevantes, además de que, a convocatoria de la DG/PPF, el día 18 de enero de 2016, se iniciaría el Programa de Actualización de Manuales; en donde el HRAEI, cumplirá su primera etapa el día 26 de abril de 2016. Por otro lado, para el mes de octubre, deberán entregarse totalmente actualizados todos los procedimientos.	100	La documentación que soporta esta acción, obra en los archivos de la Coordinación de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional y consiste en: oficio APECI/HRAEI/020/2016, página web del HRAEI, en donde se aprecia la información relacionada con los Manuales de Organización y de Procedimientos.	
Elemento 1.1.e	Se implementan programas de capacitación y actualización para fortalecer competencias de los servidores públicos, en materia de control interno, riesgos, cultura de la legalidad, ética e integridad y del comité de control y desempeño institucional, además de auditoría de estados financieros, auditoría interna al personal que le corresponda;	Diseñar por lo menos una vez al año, un taller en las materia de control interno y riesgos servidores públicos, en administración del HRAEI, para el personal del de ingreso o bien, de reciente ingreso en los correos electrónicos del personal, además de estos temas.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC
Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.1.f	Se difunde a las unidades administrativas centrales, delegacionales y regionales de la institución obligaciones de cumplir con sus responsabilidades respecto del Sistema de Control Interno y de la Institución de Control Interno de la administración de riesgos, en cada uno de los procesos.	Difundir en los correos electrónicos del personal, diapositivas con temas de control interno y administración de riesgos.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Con fecha 1 de julio de 2015, mediante oficio DAF/HRAEI/0778/2015, se solicitó la difusión a todos los servidores públicos del HRAEI, a través de la cuenta de correo institucional, de los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos 2015, para que se conozca su contenido y sea aplicado de conformidad a las obligaciones que se establecen en la normatividad de la materia. De igual forma, mediante diversos oficios enviados a los Directores, Subdirectores y Coordinadores, el Coordinador de Control Interno solicitó que estos Programas fueran difundidos entre el personal. Finalmente, fue solicitado a la Subdirección de Informática, que los Programas y el Informe de Autoevaluación, fueran colocados en la página electrónica del HRAEI. Al cierre del cuarto trimestre, esta información continúa en la página institucional, para consulta tanto de los servidores públicos, como de la ciudadanía.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador de Control Interno y consiste en: Correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos y comunicados dirigidos a TIC's, solicitando subir en la página www.hraei.gob.mx, el PAT y el PTCI	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.2.a	Se tiene establecida formalmente una metodología institucional para realizar la administración de riesgos, considerando las etapas mínimas señaladas en el Artículo y Título Tercero, numeral 38 del ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones de Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno;	Continuar con las reuniones del Grupo de Trabajo de Control Interno y Administración de Riesgos, para realizar análisis al PTAR y PTCI, evaluar la aplicación de las acciones de mejora y determinar los riesgos y áreas de oportunidad para el siguiente ejercicio	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	
Elemento 1.2.b	Los riesgos están alineados con los objetivos y metas del plan estratégico institucional, y existe una participación activa de todos los niveles de la institución y del Organismo Interno de Control;	Continuar con las reuniones del Grupo de Trabajo de Control Interno y Administración de Riesgos, para realizar análisis al PTAR, la Matriz y el Mapa de Riesgos. Establecer el FODA para el ejercicio 2016	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Por otro lado, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.2.c	Se tiene establecido un procedimiento para identificar los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pueden afectar a la Institución.	Dar continuidad a la herramienta FODA con el Grupo de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos, para determinar áreas débiles, áreas de oportunidad e identificar riesgos de corrupción.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informo sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Por otro lado, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para	
		Elaborar en cada ejercicio fiscal el PTAR	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informo sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Por otro lado, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.3.a	Se diseñan y establecen actividades de control para la administración de riesgos e integración de políticas y procedimientos institucionales;	Dar continuidad a la herramienta FODA con el Grupo de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos, para determinar áreas débiles, áreas de oportunidad e identificar riesgos de corrupción.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre la importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Por otro lado, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	
Elemento 1.3.b	El Comité de Control y Desempeño Institucional o, en su caso, el Órgano de Gobierno, analiza y da seguimiento a los temas relevantes relacionados con el logro de objetivos y metas institucionales, el Sistema de Control Interno Institucional, la administración de riesgos, la auditoría interna y externa;	Continuar informando a las acciones desarrolladas en estos órganos colegiados, así como el avance en el cumplimiento de metas e indicadores	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	En la Cuarta Sesión Ordinaria del COCODI y de la Junta de Gobierno, el Coordinador de Control Interno presentó los avances sobre los Programas de Trabajo de Administración de Riesgos y de Control Interno. En las Primeras Sesiones Ordinarias de ambos órganos colegiados, se abordará el comportamiento del Programa tanto de Riesgos, como de Control Interno en el ejercicio 2015.	100	La información que soporta esta acción de mejora, se encuentra en los archivos de la Coordinación de Control Interno y consiste en: Informes trimestrales del PTAR y PTCI, enviados a Junta de Gobierno y al COCODI	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCL e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.3.c	Los Comités institucionales funcionan en los términos de normalidad que en cada caso resulta aplicable.	Promover que los Comités institucionales instados, se integren y sesionen conforme a la normatividad que le aplique en cada caso, exponiendo temas de relevancia para la institución, toda vez que estos órganos colegiados, aportan elementos de control para el desempeño institucional	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Como parte del Sistema de Control Interno Institucional, se elaboraron oficios solicitando que los Comités sesionen conforme a la normatividad que tienen establecida, incluyendo la implementación de formatos que faciliten la captura de datos, por ejemplo. No obstante, las documentales de cada Comité y grupo de alta dirección, obran en poder de los secretarios técnicos y de la Dirección General.	100	La documentación que soporta esta acción, se concentran en cada una de las unidades administrativas del HRAEI, cuyos titulares fungen como presidentes o secretarios técnicos de los Comités y que consisten en: Oficios dirigidos a las Unidades Administrativas del Hospital, responsables de la integración y funcionamiento de los Comités	
Elemento 1.3.d	Se tiene establecido formalmente un plan estratégico institucional de TIC's que contenga el plan de recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos, alineado al plan estratégico de la institución.	Revisar periódicamente, el desarrollo y funcionalidad del SIGHOI	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Tecnologías de la Información	Durante el cuarto trimestre de 2014, se continuó realizándose el informe mensual de incidencias y actuaciones de los servicios de informática y telecomunicaciones por parte del Inversionista Proveedor, además de realizar reuniones con el Inversionista Proveedor para establecer mejoras a la funcionalidad del sistema informático.	100	que soporta estas acciones, se encuentra resguardada por la Subdirección de Tecnologías de la Información y consiste en: Solicitudes de modificación por oficina, en minutas o por correo electrónico. Reportes de mantenimiento al sistema informático. Reporte mensual de	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.4.a	Se tiene implantado un Sistema de Información, con mecanismos adecuados para el registro y generación de información interna y externa, clara, confiable, oportuna y suficiente, que soporte el funcionamiento de control interno y esté alineado al cumplimiento de los objetivos y metas estratégicos de la institución;	Revisar periódicamente, el desarrollo y funcionalidad del SIGHOI	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Tecnologías de la Información	Durante el cuarto trimestre de 2014, se continuó realizándose el informe mensual de incidencias y actuaciones de los servicios de informática y telecomunicaciones por parte del inversionista Proveedor, además de realizar reuniones con el inversionista Proveedor para establecer mejoras a la funcionalidad del sistema informático.	100	La documentación que soporta estas acciones, se encuentra resguardada por la Subdirección de Tecnologías de la Información y consiste en: Solicitudes de modificación por oficina, en minutas o por correo electrónico. Reportes de mantenimiento al sistema informático. Reporte mensual de incidencias y actuaciones de los servicios de informática y telecomunicaciones.	
Elemento 1.4.b	Se cuenta con información periódica y relevante de los avances en la atención de los acuerdos y compromisos de las reuniones del Órgano de Gobierno, Comités Institucionales y de grupos de Alta Dirección;	Continuar dando puntual seguimiento a acuerdos y compromisos generados en la Junta de Gobierno, en los Comités institucionales y en las reuniones de staff	01/07/2015	31/12/2015	Dirección Médica, Dirección de Administración y Finanzas, Dirección de Operaciones, Coordinación de Planeación, Coordinación de Vinculación y Asuntos Jurídicos	La información relativa a los acuerdos y compromisos pactados en el seno del H. Órgano de Gobierno y su seguimiento, se encuentra plasmada en las carpetas y actas correspondientes a: 4ta. Sesión ordinaria 2014: 1ra., 2da., 3ra. y 4ta. Sesiones ordinarias 2015, celebradas por ese órgano colegiado. La información de estas actas se proporciona con base en el oficio CCINSHAE-DGCHRAE- DP324-2015. En las carpetas de las sesiones de la Junta de Gobierno y del COCODI, pueden encontrarse los seguimientos que se han hecho a los diversos acuerdos generados en estos órganos colegiados.	100	La documentación que soporta estas acciones, se concentra en los archivos de las áreas que son responsables de la logística de cada Comité y consisten en: Actas de sesiones de los Comités institucionales establecidos y de la Junta de Gobierno y oficinas de seguimiento de acuerdos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.4.c	Se tiene establecido formalmente un procedimiento para comunicar a todos los niveles de la institución los objetivos y responsabilidades de todo el personal en el funcionamiento del Sistema de Control Interno Institucional.	Implementar mecanismos de difusión como la comunicación a través del correo electrónico institucional, para informar a la existencia del Sistema de Control Interno, la forma en como se evalúa y la responsabilidad que tienen todos los niveles de cumplir con las acciones de mejora establecidas	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno Institucional	Con fecha 1 de julio de 2015, mediante oficio DAF/HRAE/0778/2015, se solicitó la difusión a todos los servidores públicos del HRAEI, a través de la cuenta de correo institucional, de los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos 2015, para que se conozca su contenido y sea aplicado de conformidad a las obligaciones que se establecen en la normatividad de la materia. Cada trimestre se solicita por oficio, el avance a las acciones comprometidas en el PTAR y PTCI. De igual forma, mediante diversos oficios enviados a los Directores, Subdirectores y Coordinadores, el Coordinador de Control Interno solicitó que estos Programas fueran difundidos entre el personal. Finalmente, fue solicitado a la Subdirección de Informática, que los Programas y el Informe de Autoevaluación, fueran colocados en la página electrónica del HRAEI.	100	Correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos comunicados dirigidos a TIC's, solicitando subir en la página www.hraei.gob.mx , el PAT y el PTCI. Esta documentación obra en los archivos del Coordinador del Control Interno Institucional.	
Elemento 1.4.d	Se cuenta con políticas, lineamientos o criterios aplicables para la elaboración de informes sobre el avance en el cumplimiento del Plan estratégico, objetivos y metas institucionales.	Continuar solicitando que los informes de avance del Programa de Trabajo general y de los específicos, se realicen dentro de los formatos establecidos por el sector central	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	De conformidad con la Ley de Entidades Paraestatales y acuerdos del H. Órgano de Gobierno, se tiene obligación de efectuar dos informes de autoevaluación (semestral y anual), a efecto de medir la gestión institucional. El formato establecido para este propósito es aprobado por el H. Órgano de Gobierno y se reporta semestral y anualmente. De manera interna, el formato es requisitada por las áreas respectivas y coordinado por el Prosecretario del H. Órgano de Gobierno. Para la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno, en donde se ventilara la gestión institucional al 31 de diciembre de 2015, la Prosecretaría ya ha solicitado los informes a cada una de las áreas.	100	La documentación que soporta estas acciones, se encuentra resguardada por la Prosecretaría de la H. Junta de Gobierno y consiste en Comunicados en donde se solicita a las Unidades Administrativas, realizar los informes de labores, conforme a los lineamientos o criterios establecidos	



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 1.5.a	Se supervisa y evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno Institucional por parte de los servidores públicos responsables de su ejecución, en sus respectivos niveles y ámbitos de competencia a fin de mantener y elevar su eficiencia y eficacia (mejora continua).	Continuar con las labores de sensibilización entre el personal del HRAEI, particularmente entre los servidores públicos seleccionados para aplicar la encuesta de autoevaluación, de la importancia que reviste de evaluar los controles internos establecidos en cada una de su áreas de adscripción.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Control Interno Institucional	En el mes de marzo el Coordinador de Control Interno Institucional inició actividades de sensibilización para la aplicación de la encuesta que evalúa el Sistema de Control Interno Institucional. Fue durante abril que los servidores públicos seleccionados, llevaron a cabo la encuesta para lo cual, el área de Coordinación de Control Interno, llevó a cabo reuniones de sensibilización que lograron que los 55 trabajadores seleccionados, aplicaran en su totalidad la encuesta. Posteriormente, se realizó la evaluación de resultados y se presentó proyecto de PTCI, el cual fue autorizado de manera definitiva por el Director General.	100	La documentación que soporta esta acción, está resguardada por la Coordinadora de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional, consistente en Comunicados en donde se solicita a los servidores públicos, participar en la encuesta de autoevaluación.	
Elemento 1.5.b	Las debilidades del sistema control interno Institucional identificadas en su evaluación, se utilizan para retroalimentación y que se atienden con diligencia y prioridad las de mayor importancia, acciones a través del Programa de Trabajo de Control Interno;	Reunir el Grupo de Trabajo Institucional y presentar los resultados de la encuesta, así como los proyectos del PTCI, para que emitan su opinión y se generen acciones de mejora contundentes.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Control Interno Institucional	Se elaboró el PTCI considerando los resultados de las encuestas y tomando la opinión del OIC en el informe que elaboró cuando revió el Informe de Autoevaluación.	100	Oficio de autorización del PTCI y oficios de difusión.	
Elemento 1.5.c	El Sistema de Control Interno Institucional se verifica y se evalúa periódicamente por los órganos de fiscalización y se da atención oportuna y puntual a sus recomendaciones.	Colaborar con el OIC, para conocer su opinión respecto al Sistema de Control Interno Institucional y atender sus recomendaciones con oportunidad	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Control Interno Institucional	Se emitió el informe del OIC y el HRAEI consideró las recomendaciones que éste formuló.	100	Informe de resultados del OIC al Informe Anual del Estado que Guarda el Control Interno Institucional	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.1 a	Los servidores públicos de la Institución ejercen en su área de trabajo las metas y objetivos, misión y visión institucionales;	Continuar dando seguimiento a la misión, visión, objetivos y metas a través de los informes trimestrales de autoevaluación de la gestión institucional	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	En términos de la Ley Federal de Entidades Para estados y acuerdos del H. Órgano de Gobierno, se realizan dos informes de autoevaluación (semestral y anual). Los informes de Autoevaluación cuentan con la opinión del Comisario de la Secretaría de la Función Pública, como parte integrante del H. Órgano de Gobierno, quien entre otros aspectos opina respecto del cumplimiento del quehacer institucional. Por otro lado, la información relativa al cumplimiento de metas, ya fue preparada para la Primera Sesión Ordinaria del COCODI. Cabe mencionar que existe también como herramienta de medición la Matriz de Indicadores de resultados, misma que se reporta de manera trimestral y se incluye en los informes de autoevaluación. Para el cierre del ejercicio, la Prosecretaría de la Junta de Gobierno, ya solicitó la información correspondiente al 4to. trimestre, la cual será presentada en la Primera Sesión Ordinaria de ese Órgano Colegado.	100	Carpetas de la Junta de Gobierno y Carpets electrónicas del SICOCODI, documentación que obra en los archivos de la Prosecretaría y del Coordinador del Control Interno, respectivamente.	
Elemento 2.1 b	Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento;	Continuar dando seguimiento a la misión, visión, objetivos y metas a través de los informes trimestrales de autoevaluación de la gestión institucional	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	En términos de la Ley Federal de Entidades Para estados y acuerdos del H. Órgano de Gobierno, se realizan dos informes de autoevaluación (semestral y anual). Los informes de Autoevaluación cuentan con la opinión del Comisario de la Secretaría de la Función Pública, como parte integrante del H. Órgano de Gobierno, quien entre otros aspectos opina respecto del cumplimiento del quehacer institucional. Por otro lado, la información relativa al cumplimiento de metas, ya fue preparada para la Primera Sesión Ordinaria del COCODI. Cabe mencionar que existe también como herramienta de medición la Matriz de Indicadores de resultados, misma que se reporta de manera trimestral y se incluye en los informes de autoevaluación. Para el cierre del ejercicio, la Prosecretaría de la Junta de Gobierno, ya solicitó la información correspondiente al 4to. trimestre, la cual será presentada en la Primera Sesión Ordinaria de ese Órgano Colegado.	100	Carpetas de la Junta de Gobierno y Carpets electrónicas del SICOCODI, documentación que obra en los archivos de la Prosecretaría y del Coordinador del Control Interno, respectivamente.	

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.1.c	Se tiene en operación un procedimiento para informar mandos superiores y al Comité de Ética, las denuncias de actos contrarios a la ética y conducta institucional;	Abordar en las sesiones del comité, temas sobre la evaluación periódica de los valores éticos; atender las denuncias de los servidores públicos	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Recursos Humanos	El Comité de Ética continuó sesionando durante el Cuarto Trimestre y durante el ejercicio 2015, fue aprobado el Código de Conducta, además de haberse establecido mecanismos de denuncia y evaluación de los valores éticos. El 15 de diciembre se reinstaló el Comité de Ética y de Prevención de Conflicto de Intereses, con base al Acuerdo publicado en el DOF el 20 de agosto de 2015 y además de otorgarse los nombramientos de sus miembros titulares y suplentes, también se aprobó el Calendario de Sesiones 2016.	100	La evidencia documental de esta acción, obra en los archivos de la Subdirección de Recursos Humanos y consiste en: Actas de sesiones del Comité de Ética y de Prevención de Conflicto de Interés; Programa de Trabajo y calendario de sesiones 2016	
Elemento 2.1.d	Se aplican, al menos una vez al año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados;	Conservar los archivos debidamente actualizados y con toda la documentación soporte que compruebe acciones de difusión de participación de los servidores públicos.	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Recursos Humanos	Fue aplicada la encuesta de Clima y Cultura Organizacional ECCO-2015 durante el periodo del 31 de agosto al 11 de septiembre de 2015.	100	Expediente de clima laboral. Oficio confirmación de la aplicación de la ECCO_2015. Medios de difusión del calendario de aplicación. Lista de asistencia y reporte de aplicación.	
		Elaborar el Programa de Trabajo y dar seguimiento periódico a las acciones comprometidas	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Recursos Humanos	Derivado de los resultados de la ECCO_2015, a consecuencia de la aplicación de la encuesta en septiembre, se elaborará el Programa de Acciones de Mejora PAM-2016, el cual fue enviado a la Unidad de Política de Recursos Humanos de la Administración Pública Federal de la Secretaría de la Función Pública, el día 18 de enero de 2016, mediante oficio DAF/HRAE/00037/2016.	100	La documentación obra en los archivos de la Subdirección de Recursos Humanos y consiste en: Expediente de encuestas de clima laboral; Oficio DAF/HRAE/00037/2016 y Programa de Trabajo, que para el ejercicio 2016, se denomina "Prácticas de Transformación de Clima y Cultura Organizacional (PTCCO)	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCl e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.1.e	La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos.	Realizar difusión de los Manuales de Organización y Procedimientos, para reiterar al personal objetivos, funciones y temas de responsabilidad en sus respectivas áreas de trabajo	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Desarrollo Organizacional	Adicionalmente a las acciones que fueron reportadas en el tercer trimestre 2015, la Coordinación de Desarrollo Organizacional comentó que el día 18 de diciembre de 2015, en la Cuarta Sesión Ordinaria de 2015 de la Junta de Gobierno, se aprobó la actualización del Manual de Organización Específico y se solicitó su difusión y conocimiento entre los servidores públicos del HIRAEL, la cual tendrán que llevar a cabo los titulares de cada área.	100	La Coordinación de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional, resguarda en sus archivos el oficio APECI/HRAEL/020/2016, además de que en la página web del HRAEL se puede apreciar la información relacionada con los Manuales de Organización y de Procedimientos.	
Elemento 2.1.f	Los perfiles y descripciones de puestos actualizados, conforme a las funciones a los procesos;	Mantener actualizado el expediente de perfiles y descripciones de puestos	01/07/2015	31/12/2015	Subdirección de Recursos Humanos	En el mes de diciembre de 2015, se efectuaron las últimas correcciones a los perfiles de puesto de los mandos medios, las cuales están en proceso de revisión ante la Secretaría de Salud, para la consecuente aprobación.	70	La documentación obra en los archivos de la Subdirección de Recursos Humanos y consiste en: Expediente de descripciones de puestos; comunicados ante la Secretaría de Salud, para la revisión de los perfiles de puesto, así como las observaciones a los mismos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.1.g	El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualiza con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable.	Realizar por lo menos, una vez al año la revisión de la misión, visión y objetivos institucionales para verificar que éstos estén alineados a los Manuales de Organización y Procedimientos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Desarrollo Organizacional	En el mes de septiembre, mediante oficio DG/HRAEI/0553/2015, de fecha 7 de septiembre de 2015, se llevó a cabo la actualización del Manual de Organización Específico del HRAEI y se realizó un cambio en la misión derivado del cambio en el Estatuto Orgánico en el mes de agosto de 2014. El Manual fue enviado a la DGFOP y actualmente se encuentra en espera la respuesta procedente.	100	Minutas de las reuniones de staff en donde se instruya la revisión de los Manuales y comunicados sobre el resultado de la revisión de manuales	
Elemento 2.1.h	Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno (políticas y procedimientos), en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.	Realizar en cada ejercicio, el proceso de Evaluación del Control Interno Institucional de manera adecuada, vigente y en base a las instrucciones de la Función Pública y las recomendaciones del OIC de otras instancias fiscalizadoras	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Durante los meses de marzo y abril, se llevó a cabo la fase de evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, bajo la metodología establecida por la Secretaría de la Función Pública.	100	Expediente de encuestas de autoevaluación del control Interno	
Elemento 2.2.a	Se aplica la metodología establecida institucionalmente para la identificación, atención y seguimiento de cada proceso.	Continuar con la aplicación de la metodología que en materia de Administración de Riesgos, implementó el Grupo de Trabajo desde los 2014 y que se ha ido perfeccionando en 2015	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Por otro lado, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCl e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.2.b	En el proceso se tienen identificados y formalmente documentados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos y metas institucionales.	Elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, en taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Por otro lado, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas así como las experiencias con los riesgos 2015 y las	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	
		Elaboración del inventario de riesgos, de la matriz y el mapa de riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCl e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.2.c	Se identifican los factores internos y externos (social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental, y competitividad) que pueden aumentar el impacto y la probabilidad de los riesgos identificados en el proceso.	Elaboración del inventario de riesgos, del PTAR, de la matriz y el mapa de riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	
Elemento 2.2.d	Se identifican y evalúan en los procesos los cambios internos (administración, personal, actividades, variaciones, actitud y/o filosofía de dirección) y externos (ambiente regulatorio, económicos, y físicos) que pueden impactar en la identificación de riesgos y en el Sistema de Control Interno Institucional.	Elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.2 e	Se tiene formalmente establecido un procedimiento por el cual quedan asignadas las responsabilidades para la mitigación y administración de riesgos por parte de quienes operan los procesos.	Elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informó sobre la importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	
Elemento 2.2.f	Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de las áreas que intervienen en el proceso de implantar el programa o programas de administración de riesgos.	Elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALLUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCl e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su Implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.2.g	Se instrumentan acciones para identificar y reducir los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales, inherentes a las operaciones del proceso que pueden afectar a la Institución.	Elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevo a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informo sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	
Elemento 2.3.a	Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayuden a dar respuesta y reducir los riesgos del proceso, considerando los controles manuales y/o automatizados con base en el uso de TIC's.	Elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informo sobre a importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016. El FODA se realiza tomando en consideración las propuestas nuevas, así como las experiencias con los riesgos 2015 y los resultados de auditorías de diversas instancias fiscalizadoras.	100	La documentación que soporta estas acciones se encuentra en los archivos del Coordinador del Control Interno y consiste en: Convocatorias para el curso taller y listas de asistencia de los participantes al curso taller y correos electrónicos de los servidores públicos a los que se les envió el material con temas de control interno y administración de riesgos.	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCL e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.3.b	Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos del proceso, comunicadas y ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad.	Difundir entre el personal, la existencia del Sistema de Control Interno y Administración de Riesgos, haciendo hincapié en la responsabilidad que tienen como servidores públicos, de comunicar riesgos que afecten el cumplimiento de objetivos institucionales.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Con fecha 1 de julio de 2015, mediante oficio DAF/HRAE/0778/2015, se solicitó la difusión a todos los servidores públicos del HRAE, a través de la cuenta de correo institucional, de los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos 2015, para que se conozca su contenido y sea aplicado de conformidad a las obligaciones que se establecen en la normatividad de la materia. De igual forma, mediante diversos oficios enviados a los Directores, Subdirectores y Coordinadores, el Coordinador de Control Interno solicitó que estos Programas fueran difundidos entre el personal. Se solicitó a la Subdirección de Informática, que los Programas y el Informe de Autoevaluación, fueran colocados en la página electrónica del HRAE. Los PTCI y PTAR, continúan en la página electrónica del HRAE y trimestralmente se solicita a las áreas, el avance de las acciones que tienen comprometidas en ellos, a efecto de difundir dicho avance en foros como el COCODI o la Junta de Gobierno.	100	La documentación que soporta estas acciones, están resguardadas por el Coordinador de Control Interno y consisten en: Circulares, correos electrónicos e impresiones de página web	
Elemento 2.3.c	Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal.	Difundir la existencia del Manual de Procedimientos entre el personal de la institución	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador de Desarrollo Organizacional	Se puso a disposición abierta, en la página web del HRAE, los manuales de organización y de procedimientos, facilitando su análisis, transparentando la funcionalidad y haciendo viable la mejora de la eficiencia de la gestión operativa. Adicionalmente, para el Manual de Organización aprobado en	100	La CPE y CI, resguarda los oficios en donde se solicita la difusión del manual	
Elemento 2.3.d	Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Dar seguimiento puntual a los indicadores de la MIR, con el propósito de verificar el cumplimiento presupuestal y financiero	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Administración y Finanzas y Coordinación de Planeación	De manera trimestral se da seguimiento a las metas establecidas en la MIR de los PP E010, E022, E023. Dicha MIR se incluye en los formatos de autoevaluación que corresponden. El cumplimiento de los indicadores al cierre de 2015, será presentado en las Primeras Sesiones Ordinarias del COCODI y de la Junta de Gobierno, en el primer trimestre de 2016.	100	Informes de gestión institucional presentados en la Junta de Gobierno, que resguarda la Prosecretaría e Informes de COCODI que resguarda el Director de Administración y Finanzas.	
Elemento 2.3.d	Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Elaboración de Informes trimestrales y anuales	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	La matriz de indicadores forma parte de los instrumentos de evolución así como los informes de autoevaluación y opinión del Comisario de la Secretaría de la Función Pública, los cuales se analizan en forma trimestral. El avance del ejercicio 2015, será reportado en las Primeras Sesiones Ordinarias 2016 del COCODI y de la H. Junta de Gobierno.	100	Informes de gestión institucional presentados en la Junta de Gobierno, que resguarda la Prosecretaría e Informes de COCODI que resguarda el Director de Administración y Finanzas	

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.3e	Se tienen establecidos estándares de calidad en la ejecución de los procesos.	Iniciar los trabajos para el establecimiento de estándares de calidad en cada una de las áreas integrantes del HRAEI	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se ha considerado que a través de los indicadores establecidos en la MIR, se tiene parámetros que permitirán evaluar la gestión de las áreas. Por otro lado, la elaboración del Manual de Control de Gestión de Desempeño Institucional HRAEI, en el que se han incluido 40 indicadores más, permitirá contar con estándares sobre el desempeño de las áreas. La Coordinación de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional, es la encargada de coordinar el trabajo relacionado con el Manual de Control de Gestión, en el cual se incluyen parámetros de medición para la gestión institucional y de acuerdo a su cronograma de trabajo, será en 2016 cuando se tenga totalmente concluido y aprobado.	100	La Coordinación de Planeación Estratégica y Comunicación Institucional, es la encargada de resguardar el Oficio sobre elaboración del Manual de Control de Gestión de Desempeño Institucional HRAEI, así como los avances en relación a la elaboración de dicho Manual	
Elemento 2.3f	Se establecen en los procesos mecanismos para atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, para eliminar su recurrencia.	Continuar con la realización de reuniones de trabajo entre las áreas involucradas con las observaciones que generen las instancias de control y fiscalización, a efecto de implementar las medidas que lleven a la atención de las recomendaciones	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Administración y Finanzas; Dirección Médica; Dirección de Operaciones; Subdirección de Enfermería	Una vez que los informes de resultados de las diferentes instancias fiscalizadoras llegaran a la oficina del Director General, el Director los turna mediante oficio a las áreas responsables de atender las recomendaciones. Dado que la mayoría de las observaciones inciden en el ámbito de la administración y finanzas, el Director del área reúne a los responsables de cada Subdirección y hace del conocimiento los resultados, solicitando prontitud en la atención de las recomendaciones, para llegar a la total solventación. Derivado de estas reuniones, el OIC en el HRAEI, al cierre del cuarto trimestre envió el informe en donde refiere la atención de 16 observaciones, quedando una pendiente.	100	La Dirección de Administración y Finanzas, resguarda las Minutas de reuniones u oficios y correos electrónicos de la instrucción para atender recomendaciones	
Elemento 2.3g	Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control.	Solicitar apoyo a la Coordinación de Desarrollo Organizacional, a fin de identificar qué políticas o procedimientos requieren de actualización	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevó a cabo en los meses de septiembre y diciembre, las actualizaciones al Manual de Organización Específico y respecto al de Procedimientos, fueron también objeto de a revisión por parte de cada una de las áreas del Hospital y está vigente y disponible en la página web de la institución, para facilitar su análisis funcional y operativo.	100	La Ceci, resguarda los Comunicados relacionados con la actualización de manuales y las páginas web del HRAEI	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.3.h	Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, cuya responsabilidad sea del proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia.	Continuar atendiendo en tiempo y forma, los acuerdos de la Junta de Gobierno y que involucran al proceso de Recursos Humanos, generados en la Junta de Gobierno y del COCODI.	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Administración y Finanzas	Se ha dado puntual seguimiento a los acuerdos que se generan en el seno de las sesiones del COCODI y de la Junta de Gobierno, al cierre del año se atendieron dos acuerdos y queda vigente el seguimiento relacionado con la armonización contable, cuyo seguimiento se dará a conocer en la Primera Sesión Ordinaria del COCODI 2016.	100	Carpetas de la Junta de Gobierno resguardadas por la Prosecretaria y Carpetas electrónicas del SICOCODI resguardadas por el Director de Administración y Finanzas.	
Elemento 2.3.i	Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC's.	Procurar aplicar el Sistema de Gestión Hospitalaria de Ixtapaluca-SIGHOI, y en caso de deficiencias o de necesitar modificaciones para orientar su uso, solicitar al área de TIC's su apoyo de manera oportuna	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Operación	Al cierre del ejercicio 2014, continuaron recibiendo solicitudes de mejora a través de oficios, minutas de trabajo y correos electrónicos de los usuarios, las cuales son turnadas al Inversionista Proveedor después de haber sido analizada su factibilidad por parte del área de TIC.	100	Comunicados ya sea vía electrónica o impresa	Se verificó el porcentaje de avance
Elemento 2.3.j	Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC's en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren.	Ante cualquier necesidad de optimizar el proceso, evaluar la factibilidad de aplicar TIC's y solicitarlo ante la Dirección de Operaciones	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Operación	Se reciben solicitudes de mejora a través de oficios, minutas de trabajo y correos electrónicos de los usuarios, las cuales son turnadas al Inversionista Proveedor después de haber sido analizada su factibilidad por parte del área de TIC.	100	La Dirección de Operaciones, resguarda mensajes electrónicos y comunicados de otra índole, en donde se hacen las solicitudes	
Elemento 2.3.k	En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC's.	Dar instrucciones para que, en caso de baja de personal, se cancelen los accesos en espacios físicos y TIC'S	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Administración y Finanzas	Se llevó a cabo reunión con el Subdirector de Mantenimiento, Conservación y Servicios Generales, para que desarrolle procedimientos para cancelar oportunamente acceso a espacios físicos del personal que causó baja. Por lo que hace al acceso a claves para uso de TIC's, la Subdirección de Tendigas de la Información cuenta con políticas para dar de baja claves de acceso y usuarios. En el mes de noviembre, se elaboró oficio en los que se instruyó al Subdirector de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales, que prevea acciones para cancelar oportunamente los accesos al personal que ha caudado baja, quien atendió desarrollando una propuesta de política, que se encuentra en análisis para su aprobación.	100	La Dirección de Administración y Finanzas, resguarda los comunicados en donde se da la instrucción y se brinda la respuesta	



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su Implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.4.a	Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad (accesible, correcta, actualizada, oportuna, verificable), suficiente y válida de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;	Dar instrucciones para que la generación de datos para informes de labores, se realicen con calidad y veracidad, en apego a los formatos, lineamientos y disposiciones administrativas que apliquen	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Con oficio DAF/HRAE/0522/2015, de fecha 25 de mayo, el Director de Administración y Finanzas solicita a sus Subdirectores fortalecer los mecanismos de control interno para mejorar la calidad de la información que generan con motivo de la emisión de reportes de gestión. Esto, a consecuencia de la solicitud que a su vez, realizó la CCINSHAE mediante oficio CCINSHAE/244/2015. Sobre esa misma base, se han solicitado los informes para presentarlos tanto en la Junta de Gobierno, como en el COCODI para el cuarto trimestre 2015.	100	Comunicados ya sea vía electrónica o impresa	Se verificó el porcentaje de avance
Elemento 2.4.b	Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;	Continuar atendiendo en tiempo y forma, los requerimientos en materia de informes de labores que su contenido considere lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud y la CCINSHAE	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Planeación	Los requerimientos de información que se realiza la Secretaría de Salud y la CCINSHAE, se cumplen requiriendo el SINAVIS, informes de autoevaluación (semestral y anual) y la Matriz de Indicadores (MIIR), los formatos e informes son presentados en las reuniones de la Junta de Gobierno.	100	Comunicados ya sea vía electrónica o impresa que resguarda la Prosecretaría.	
Elemento 2.4.c	Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable información sobre el estado de la situación contable y programático presupuestal del proceso;	Instruir para que los informes de gestión, sean revisados a cabalidad, antes de su entrega formal a las áreas requerientes, con el propósito de evitar errores en la información	01/07/2015	31/12/2015	Director de Administración y Finanzas, Director de Operaciones, Directora Médica y Subdirectora de Enfermería	Con oficio DAF/HRAE/0522/2015, de fecha 25 de mayo, el Director de Administración y Finanzas solicita a sus Subdirectores fortalecer los mecanismos de control interno para mejorar la calidad de la información que generan con motivo de la emisión de reportes de gestión. Esto, a consecuencia de la solicitud que a su vez, realizó la CCINSHAE mediante oficio CCINSHAE/244/2015. En este tenor, los informes de gestión para el COCODI y la Junta de Gobierno, se presentan guardando las formalidades solicitadas por la CCINSHAE e incluso, las solicitudes hechas por el OIC en el HRAE/	100	Comunicados ya sea vía electrónica o impresa que resguarda la Prosecretaría y el Director de Administración y Finanzas.	



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015
PTCI



VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCL e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.4.d	Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, aprobados en reuniones del Organismo de Gobierno, de Comités Institucionales y de grupos de alta dirección, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.	Continuar con acciones que resguarden optimamente, las carpetas de las sesiones de la Junta de Gobierno, del COCODI y demás Comités Institucionales.	01/07/2015	31/12/2015	Director de Administración y Finanzas, Director de Operaciones, Directora Médica y Subdirectora de Enfermería	Respecto a los acuerdos del COCODI, la Dirección de Administración y Finanzas, solicita con la debida antelación, información sobre el avance de los asuntos comprendidos. Por lo que conlleva a la Junta de Gobierno, la Prosecretaría es la encargada de solicitar la información y las áreas deben tener el compromiso de entregarla puntualmente para la integración de la carpeta.	100	Oficios de solicitud y respuesta de acuerdos de la Junta de Gobierno y del COCODI que resguarda la Prosecretaría en el primer caso y el Director de Administración y Finanzas en el segundo.	
Elemento 2.4.e	Se tiene implantado en el proceso un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias.	Dar la debida atención a la solicitud de información requerida por el OIC, a consecuencia de quejas y denuncias sobre servidores públicos que intervienen en los procesos del HRAEI	01/07/2015	31/12/2015	Director de Administración y Finanzas, Director de Operaciones, Directora Médica y Subdirectora de Enfermería	Se tienen establecidos canales de adecuada comunicación y coordinación con el OIC, a fin de atender con puntualidad sus requerimientos de información y apoyar a esa instancia fiscalizadora en asuntos relacionados con el PGM, Control Interno y Administración de Riesgos, COCODI, entre otros!	100	Oficios de respuesta sobre requerimientos de información que resguarda el Director de Administración y Finanzas.	
Elemento 2.4.f	Se cuenta con un sistema de información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Organismo de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones;	Instruir la constante actualización de la Matriz de Indicadores de Resultados, como una herramienta que permite a la institución conocer fortalezas y debilidades en el cumplimiento de metas	01/07/2015	31/12/2015	Director General del HRAEI	La Matriz de indicadores se revisa de forma trimestral conforme a un calendario establecido por las instancias correspondientes y se analizan los resultados para detectar áreas de oportunidad. Asimismo, esta herramienta se informa al Organismo de Gobierno, para la toma de decisiones que corresponda.	100	Informes de gestión institucional presentados en la Junta de Gobierno; comunicados impresos que resguarda la Prosecretaría.	
Elemento 2.5.a	Se realiza la supervisión permanente y mejora continua de las operaciones de control de los procesos;	Dar a conocer los resultados de la evaluación del control interno al personal del Hospital	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación del Control Interno	En la página institucional del Hospital, se encuentra el Programa Anual de Control Interno, en el cual se reflejan los resultados de la evaluación del Control Interno Institucional.	100	Comunicados ya sea vía electrónica o impresa que resguarda el Coordinador del Control Interno Institucional	

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Control Interno 2015

PTCI

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su Implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 2.5.b	Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de funciones, de evaluaciones y de seguridad sobre la información, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso.	Atender instrucciones para dar continuidad a las acciones de mejora que llevaron a la solventación de la situación problemática detectada	01/07/2015	31/12/2015	Dirección de Administración y Finanzas; Dirección Médica; Operaciones; Subdirección de Enfermería	Tanto el Director General del HRAEI, como el Director de Administración y Finanzas, emiten comunicados en los que se informa a los involucrados, los resultados de auditorías y visitas de inspección y se solicita atender puntualmente las recomendaciones.	100	Comunicados Ya sea vía electrónica o impresa	
Elemento 2.5.c	Se identifica la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su reincidencia a un Programa de Trabajo de Control Interno para su seguimiento y atención;	Continuar con la elaboración del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Se llevo a cabo el 18 de noviembre 2015, el taller en materia de administración de riesgos, impartido por personal de la Secretaría de la Función Pública y que informo sobre la importancia de la identificación de riesgos no sólo de tipo administrativo, sino de aquellos que afectan en forma crítica, el cumplimiento de objetivos y metas. Como resultado de esto, mediante diversos oficios elaborados en el cuarto trimestre de 2015, se solicitaron a las áreas del Hospital, las propuestas de riesgos para integrar el PTAR 2016, el cual será objeto de análisis y aprobación en el mes de enero de 2016, pero también servirán para vislumbrar acciones que mejoren el Sistema de Control Interno con la realización del PTCI 2016. Por su parte, trimestralmente se ha dado avance al PTCI, en trabajos coordinados con el OIC en el HRAEI.	100	Programa de Trabajo del Control Interno Institucional y Avances trimestrales	
Elemento 2.5.d	Se llevan a cabo del control interno del proceso por parte del nivel estratégico, Organismo de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.	Atender recomendaciones hechas por las instancias fiscalizadoras, en materia de Control Interno	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	El HRAEI, únicamente ha recibido, por parte de su OIC, la recomendación de atender y dar puntual seguimiento a acciones de mejora de su PTCI y del PTAR. No obstante, con con motivo de la realización del Taller de Administración de Riesgos, se logró concientizar de mejor forma a las áreas, para lograr que las propuestas de riesgos 2016, fueran más acordes a la problemática que pudiera afectar objetivos y metas institucionales.	100	Programa de Trabajo del Control Interno Institucional y Avances trimestrales	

VIII. e) Reporte de Avance Trimestral del PTCI e Informe de Verificación del OIC

Periodo de revisión: octubre-diciembre 2015

Elemento de Control	Descripción	Acción de Mejora	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Responsable(s) de su Implementación	Acciones realizadas	% de avance	Medios de Verificación	Verificación del OIC
Elemento 3.1.a	Las actividades y tareas que se realizan en el proceso son acordes con las funciones establecidas en el manual de organización y de procedimientos actualizado.	Llevar a cabo análisis para la pertinencia de actualizar el Manual de Organización y el de Procedimientos, cada que se modifique la estructura orgánica	01/07/2015	31/12/2015	Coordinación de Desarrollo Organizacional	Respecto a la revisión a los manuales, el área refirió que mediante el oficio DG/HRAE/0553/2015, de fecha 7 de septiembre de 2015, se llevó a cabo la actualización del Manual de Organización Específico del HRAEI y se realizó un cambio en la misión derivado del cambio en el estatuto orgánico en el mes de agosto de 2014. Para ese efecto, se elaboró oficio DG/HRAE/553/2015 de fecha 7 de septiembre de 2015. Por otro lado, se ha puesto a disposición abierta, en la página web del HRAEI, los manuales de organización y de procedimientos, facilitando su análisis, transparentando la funcionalidad y haciendo viable la mejora de la eficiencia de la gestión operativa.	100	Manuales actualizados cada que se presente un cambio de estructura orgánica	
Elemento 3.2.a	Participa en la administración de riesgos, informando a los mandos superiores sobre los factores de riesgos detectados en el proceso y acciones de control aplicables.	Participar en las reuniones del Grupo de Trabajo de Control Interno y Administración de Riesgos	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	El Grupo de Trabajo ha sesionado con regularidad y participo en la aprobación del PTAR, así como en el proceso de evaluación del Control Interno Institucional, en el mes de noviembre, se llevó a cabo exitosamente el taller de administración de riesgos, con la finalidad de que los servidores públicos se comprometan de mejor forma con la identificación de riesgos y pueda elaborarse un Programa de Trabajo que contenga acciones de mejora enfocada a la prevención de situaciones que atenden objetivos y metas.	100	Minutas de las reuniones de trabajo, convocatorias y listas de asistencia del Taller de Administración de Riesgos.	
Elemento 3.2.b	Se informa a los mandos superiores sobre posibles riesgos, incluyendo los de corrupción, abusos y fraudes potenciales en las operaciones que pueden afectar al proceso.	Informes periódicos ante la Junta de Gobierno, el COCODI y en su caso, al Titular del HRAEI, sobre el estado que guardan los riesgos relevantes.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Adicionalmente, ni en el COCODI ni en la Junta de Gobierno, han surgido temas relacionados con posibles riesgos de corrupción. No obstante, se llevó a cabo en noviembre 2015, un taller que contribuirá a detectar riesgos críticos en las áreas sustantivas y administrativas de la institución.	100	Minutas de las reuniones de trabajo, informes a la Junta de Gobierno y COCODI, convocatorias a taller de riesgos.	
Elemento 3.3.a	Se aplican actividades de control efectivas para atender los riesgos del proceso entre otras, registro, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, revisiones, resguardo de archivos, bitácoras de control, alertas y bloques de sistemas y distribución de funciones.	Comunicar al personal del Hospital, la existencia del Sistema de Control Interno y de Administración de Riesgos, al cual debe reportarse cualquier riesgo en cualquier actividad del proceso y aplicar controles de registro, resguardo de archivos, bitácoras de control, bloques de sistemas, entre otras.	01/07/2015	31/12/2015	Coordinador del Control Interno	Con fecha 1 de julio de 2015, mediante oficio DAF/HRAE/0778/2015, se solicitó la difusión a todos los servidores públicos del HRAEI, a través de la cuenta de correo institucional, de los Programas de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos 2015, para que se conozca su contenido y sea aplicado de conformidad a las obligaciones que se establecen en la normatividad de la materia. De igual forma, mediante diversos oficios enviados a los Directores, Subdirectores y Coordinadores, el Coordinador de Control Interno solicitó que estos Programas fueran difundidos entre el personal. Finalmente, fue solicitado a la Subdirección de Informática, que los Programas y el Informe de Autoevaluación, fueran colocados en la página electrónica del HRAEI. Continúa en la página institucional, los PTCI y PTAR, así como los avances trimestrales, para la consulta abierta del personal.	100	Comunicados ya sea vía electrónica o impresa y el Programa de Trabajo de Control Interno	