

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

FEBRERO 2023



**CHIAPAS**  
GOBIERNO DEL ESTADO

# Programa de Trabajo de Administración De Riesgos

**INSTITUTO DE SALUD**

De acuerdo al Modelo Estatal del  
Marco Integrado de Control Interno

- 1. Introducción**
- 2. Antecedentes**
- 3. Marco Conceptual y Metodológico**
- 4. Determinación de la Matriz de Riesgos y Mapa de Riesgos**
- 5. Objetivos Institucionales Estratégicos y Riesgos Identificados**
- 6. Riesgos, su factible impacto y probabilidad de ocurrir valorados antes de aplicar los controles y su factible impacto y probabilidad de ocurrir valorados después de aplicar controles**
- 7. Programa de Acciones para reducir, mitigar o evitar el impacto de los riesgos**
- 8. Matriz de Riesgos**
- 9. Mapa de Riesgos**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Desde contexto, surge el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno como un mecanismo que provee criterios para evaluar el diseño, implementación y eficacia operativa del control interno en las instituciones de la Administración Pública y, en consecuencia, diseñar las políticas y procedimientos que se ajusten a las disposiciones jurídicas y normativas y a las circunstancias específicas de cada institución y su aplicación.

El presente documento hace referencia al segundo componente del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno -administración de riesgos-, describiendo los antecedentes, alcance, definición conceptual del riesgo, metodología utilizada, integración de la Matriz de Riesgos y Mapa de Riesgos y resultados. Esto con el propósito de dar cauce y sentido para la aplicación del componente de riesgos en el sistema de control interno de la Secretaría de la Honestidad y Función Pública, exponiendo las consideraciones necesarias para garantizar un sistema de administración de los riesgos que provea a los servidores públicos adscritos a esta secretaría una certeza razonable sobre la consecución de los objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como los elementos para prevenir la corrupción, de manera que la Secretaría asegure que se cuente con controles preventivos; que afirmen el cumplimiento de las metas y objetivos; prevenga la ocurrencia de consecuencias negativas generada por los riesgos y se propicie una inteligencia estratégica institucional

## **2. ANTECEDENTES**

La "administración del riesgo" se plasma en el marco de los esfuerzos del Ejecutivo por implementar el control interno dentro de la administración pública. A partir de 2010, año en el que se dieron a conocer en el Periódico Oficial del Estado No. 212 (27 de enero de 2010), las **Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública del Estado**.

Este documento citado, explicita el concepto de administración de riesgos como "... el proceso que evalúa los riesgos a los que se enfrenta la institución en la procuración del cumplimiento de sus objetivos. Esta evaluación provee las bases para identificar los riesgos, analizarlos, catalogarlos, priorizarlos y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto en caso de materialización, incluyendo los riesgos de corrupción".

En Chiapas, en el estado en 2019, se publica el Acuerdo por el que se Emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, es el documento normativo que explica el sistema y los procesos de la Administración de Riesgos. Estos documentos serán nuestra guía y marco de responsabilidad y actuación.

### 3. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

El Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la componente de riesgos en el sistema de control interno de la Secretaría de la que un evento o acción adversa y su posible impacto afecten el correcto funcionamiento de las dependencias o entidades.

Por su parte, en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (MEMICI) de la Comisión Permanente de Contralores Estados- Federación (2015).

**Administración de Riesgo:** Proceso sistemático para establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos asociados con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan controlarlos y asegurar el logro de los objetivos y metas de las Instituciones de una manera razonable.

De esta manera queda claro que administrar el riesgo no es buscar nuevos riesgos si no encontrar los mecanismos necesarios para reducir, mitigar o evitar los riesgos de manera que se garantice la consecución adecuada de los objetivos planteados por la Secretaría en tiempo y forma.

Ahora bien, aunque se dan diversos tipos de riesgo, existe uno que particularmente genera mayor aversión para los ciudadanos por los efectos que él mismo conlleva; se trata del riesgo de corrupción. Éste es uno de los riesgos siempre latentes ya sea por la naturaleza propia de las actividades o por la existencia perenne del conflicto que supone el ser y el deber ser, bajo la influencia de múltiples factores tanto personales como organizacionales o funcionales.

Finalmente, respecto al proceder metodológico considerado para la elaboración de este programa, se procedió de acuerdo a las instrucciones contenidas en el "Acuerdo por el que se emiten las disposiciones y el manual administrativo de aplicación general en materia de control Interno" en lo sucesivo ADMACI.

#### **4. DETERMINACIÓN DE LA MATRÍZ DE RIESGOS Y MAPA DE RIESGOS**

Para la determinación de la matriz de riesgos y el mapa de riesgo se seleccionaron los objetivos institucionales críticos y de ellos los susceptibles de enfrentar riesgos que puedan ser administrados institucionalmente (ADMACI).

Se consultaron los riesgos en los procesos de los órganos administrativos que componen esta institución:

- En promedio para cada riesgo se identificaron 1.9 factores.
- Los riesgos con menos factores son: # 5, 6 y el 8 y con máximo es: # 3
- La mayoría de los factores de riesgo se consideraron dentro de la estrategia reducir, de acuerdo al mapa riesgo.
- Todos los factores de riesgo inscriben por lo menos un responsable para la atención de la actividad de control.
- Se han programado calendarios o listas de verificación para el Coordinador de Control Interno y para el Enlace de Administración de Riesgo, como herramientas de verificación.
- Todos los riesgos considerados de Atención Inmediata (Impacto catastrófico y Frecuencia Muy Probable) están programados para darles prioridad dentro de este plan de trabajo.
- Todos los factores de riesgo han programado la periodicidad y los medios de verificación para evaluar si la actividad de control es efectiva.

## 5. OBJETIVOS INSTITUCIONALES ESTRATÉGICOS Y RIESGOS IDENTIFICADOS

OBJETIVOS/PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO
Cumplimiento de las obligaciones de transparencia	<p>1 Solicitudes de Información Institucional atendida fuera de los plazos normativos</p> <p>2 Información de la página Oficial Institucional, desactualizada</p>
Abasto de Medicamentos y Material de Curación de las Unidades Médicas	3 Integración y envío de los cuadros básicos de insumos medicos, sin apego al catálogo oficial y a las guías prácticas clínicas
Programa de prevención y control del Paludismo	4 Programa de prevención y control del Paludismo, ejecutado de manera ineficaz.
Medicamentos adquiridos y recibidos por proceso de la Subdirección de Recursos Materiales del Instituto de Salud, considerados en el programa de gasto del ejercicio fiscal 2023	<p>5 Programa de gasto no integrado en tiempo y forma</p> <p>6 Medicamentos e insumos medicos, que no cumplen con las especificaciones del pedido.</p>
Equipamiento, rehabilitación, conservación y mantenimiento de unidades médicas	7 Autorización y liberación tardía de recursos de los proyectos, derivado del llenado de la información en la plataforma y por retraso en la identificación de las fuentes de financiamiento
Atención y seguimiento a los Sistemas de Información en salud	8 Supervisar los Sistemas de Salud, en las unidades medicas que no se apegan al calendario establecido
Satisfacción en la entrega de medicamentos, trato adecuado y digno en las Unidades Médicas	9 Encuesta de satisfacción aplicada incorrectamente de acuerdo a la normativa
Vigilancia sanitaria de los establecimientos de Atención Médica	10 Vigilancia sanitaria que no se puede realizar, por falta de recurso humano que ostente el código de verificador.

**6. RIESGOS, SU FACTIBLE IMPACTO Y PROBABILIDAD DE OCURRIR VALORADOS ANTES DE APLICAR LOS CONTROLES Y SU FACTIBLE IMPACTO Y PROBABILIDAD DE OCURRIR VALORADOS DESPUES APLICAR LOS CONTROLES**

DESCRIPCION DEL RIESGO	ANTES DE CONTROLES		DESPUES DE CONTROLES	
	IMPACTO	OCURRENCIA	IMPACTO	OCURRENCIA
1 Solicitudes de Información institucional atendidas fuera de los plazos normativos.	7	6	5	4
2 Información de la página Oficial Institucional desactualizada	7	6	5	4
3 Integración y envío de los cuadros básicos de insumos médicos, sin apego al catálogo oficial y a las guías prácticas clínicas	4	5	2	2
4 Programa de prevención y control del Paludismo, ejecutado de manera ineficaz.	4	6	2	3
5 Programa de gasto no integrado en tiempo y forma	7	6	4	4
6 Medicamentos e insumos médicos, que no cumplen con las especificaciones del pedido	4	7	4	3
7 Autorización y liberación tardía de recursos de los proyectos, derivado del llenado de la información en la plataforma y por retraso en la identificación de las fuentes de financiamiento	8	7	4	4
8 Supervisar los sistemas de salud en las unidades médicas que no se apegan al calendario establecido.	4	7	7	2
9 Encuesta de satisfacción aplicada incorrectamente de acuerdo a la normativa	5	6	4	4
10 Vigilancia sanitaria que no se puede realizar, por falta de recurso humano que ostente el código de verificador.	6	6	6	4



## 7. PROGRAMA DE ACCIONES PARA REDUCIR, MITIGAR O EVITAR EL IMPACTO DE LOS RIESGOS

FACTOR DE RIESGO	ACCIONES DE CONTROL	RESPONSABLE	FECHA		FRECUENCIA Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN
			INICIO	TÉRMINO	
<p>1.1 Falta de información para designar el área de atención correspondiente del seguimiento a las solicitudes</p> <p>1.2 Retrasó en la entrega de la información relativa a la solicitud de acuerdo a los plazos normativos</p> <p>2.1 Falta de coordinación de las áreas responsables para la actualización de la página oficial institucional</p>	<p>1.1.1 Capacitación del personal responsable y evitar la rotación de los mismos</p> <p>1.2.1 Dar a conocer el Marco Legal de las obligaciones inherentes al cumplimiento y las sanciones del mismo</p> <p>2.1.1 Analizar y priorizar la información más relevante para subir a la página oficial institucional.</p>	Secretaría Técnica	01/01/23	31/12/23	<p>Trimestral</p> <p>Evidencia: Lista de asistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memos y Oficios</li> <li>- Galería Fotográfica</li> </ul>
<p>3.1 Falta de análisis por parte de las unidades médicas para solicitar el cuadro básico de insumos médicos</p> <p>3.2 Falta de apego a las guías prácticas clínicas para solicitar el cuadro básico de insumos médicos</p>	<p>3.1.1 Mesas de análisis con los responsables de abasto de las unidades aplicativas</p> <p>3.2.1 Supervisión y capacitación al personal de almacén y farmacia de las unidades médicas</p>	Dirección de Atención Médica	01/01/23	31/12/23	<p>Trimestral</p> <p>Evidencia: Oficios, Memorándums y evidencia fotográfica.</p>

FACTOR DE RIESGO	ACTIVIDAD DE CONTROL	RESPONSABLE	FECHA		FRECUENCIA Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>4.1 Falta de supervisión operativa</p> <p>4.2 Desconocimiento de las rutas alternas de migrantes</p> <p>4.3 Desconocimiento de las áreas geográficas de riesgo entomológico</p> <p>4.4. Escasas actividades específicas de paludismo en promoción de la salud (Comités Locales de Salud)</p>	<p>4.11 Elaborar y ejecutar un programa de supervisión integral</p> <p>4.2.1 Identificar las rutas alternas de migrantes</p> <p>4.3.1 Identificar las áreas geográficas de riesgo entomológico</p> <p>4.4.1 Instalación de Comités Locales de Salud</p>	Dirección de Salud Pública	01/01/23	31/12/23	<p>Anual</p> <p>Evidencia: Programa de supervisión integral y Mapa de riesgo entomológico</p> <p>Trimestral</p> <p>Evidencia: Listado de rutas alternas. Actas Constitutivas</p>
<p>5.1 Desfase en la entrega de la información por parte de los líderes de los proyectos</p> <p>6.1 Error en el manejo y captura de la información del producto, por parte del proveedor</p>	<p>5.11 Brindar puntual seguimiento a las fechas establecidas mediante la entrega de documentos oficiales</p> <p>6.1.1 Verificación física y documental del pedido y facture</p>	Dirección de Administración y Finanzas	01/01/23	31/12/23	<p>Bimestral</p> <p>Documentos Oficiales e informes de avances</p> <p>Trimestral</p> <p>Reportes, programa SIAL, oficios, reportes mensuales</p>
<p>7.1 Validación y autorización de la liberación de recursos tardía para la adquisición de equipo, así como la rehabilitación y conservación de las unidades médicas</p>	<p>7.1.1 Seguimiento mediante oficios de solicitud de estatus y radicación de recursos</p>	Dirección de Infraestructura en Salud	01/01/23	31/12/23	<p>Trimestral</p> <p>Evidencia: Oficios, Memorándums Miutas</p>
<p>8.1 No contar con la información oficial actualizada en los tiempos establecidos</p>	<p>8.1.1 Brindar capacitación a los responsables de subir la información a los sistemas y comunicación de manera oficial de los cortes de información.</p>	Dirección de Planeación y Desarrollo	01/01/23	31/12/23	<p>Trimestral</p> <p>Evidencia: Memos, Oficios, Lista de asistencia</p>

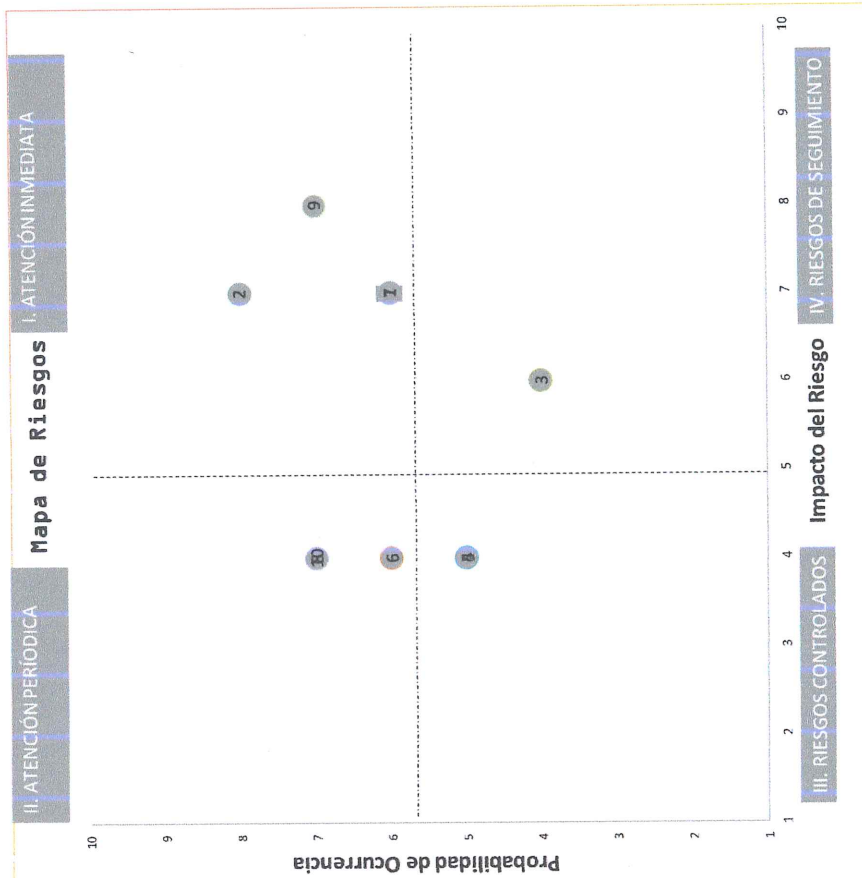
FACTOR DE RIESGO	ACTIVIDAD DE CONTROL	RESPONSABLE	FECHA		FRECUENCIA Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>9.1 Falta de conocimiento y dominio por parte del Aval Ciudadano y/o el responsable de la Encuesta Institucional en lo que se refiere a la aplicación adecuada de la Encuesta de Satisfacción; trato adecuado y digno, conforme a los lineamientos establecidos.</p>	<p>9.1.1 Programar capacitaciones trimestrales por parte de los Gestores de Calidad para diagnosticar, supervisar y validar que los procesos sean adecuados.</p> <p>9.2.1 Garantizar que el Aval Ciudadano y el Responsable de la Unidad encargado de realizar la encuesta, cuenten con el conocimiento para a cabo su gestión de manera efectiva.</p>	<p>Unidad de Gestión de la Calidad</p>	<p>01/01/23</p>	<p>31/12/23</p>	<p>Trimestral Evidencia: Memorándums, Oficios, reportes, minutas y fotografías</p>
<p>10.1 No contar con los verificadores sanitarios, con el código para desempeñar la actividad de vigilancia sanitaria en los establecimientos de atención médica</p>	<p>10.1.1 Gestionar y/o capacitar los recursos humanos necesarios para garantizar la vigilancia sanitaria de los establecimientos de atención médica.</p>	<p>Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios</p>	<p>01/01/23</p>	<p>31/12/23</p>	<p>Trimestral Evidencia: Oficios, Memorándums, listas de asistencia</p>

# 8. MATRIZ DE RIESGOS

Número de riesgo	Nombre del riesgo	Objetivo, Mapa Institucional	Descripción del riesgo	Tipo de riesgo	Impacto del riesgo	Factores de riesgo	Impacto	Consecuencia	Cuadro de acción recomendada	Parámetro	Descripción de la acción de control	Impacto	Consecuencia	Indicador	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de término	Estado de verificación
1	Secretaría Técnica	Cumplimiento de las obligaciones de transparencia	Faltas de información para el seguimiento de las solicitudes de acceso a la información.	LEGAL	7	6	REDUCIR	I	REDUCIR	REDUCIR	Comunicación al personal responsable y evitar la rotación de las mismas	5	4	5	Dr. Doris Letitia Martínez Sol	01-nov-23	31-dic-23	-Lista de asistencia -Atendidos y Oficios -Galería Fotográfica
			Retraso en la entrega de la información relativa al acceso a la información pública.	LEGAL	7	8	REDUCIR	I	REDUCIR	REDUCIR	Comunicación al personal responsable y evitar la rotación de las mismas	5	4	5	Dr. Doris Letitia Martínez Sol	01-nov-23	31-dic-23	Atendidos y Oficios
2	Dirección de Atención Médica	Cumplimiento de las obligaciones de transparencia	Falta de coordinación de las áreas relacionadas con la información institucional.	ADMINISTRATIVO	6	4	REDUCIR	IV	REDUCIR	REDUCIR	Analizar y priorizar la información más relevante para saber la página oficial institucional.	4	4	4	Dr. Doris Letitia Martínez Sol	01-nov-23	31-dic-23	-Atendidos de Trabajo
			Falta de análisis por parte de las unidades médicas para solicitar el control de calidad de la información institucional.	ADMINISTRATIVO	4	5	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Realizar de análisis con los responsables de cada una de las unidades médicas.	2	2	2	Dr. Francisco Javier Martínez Cobos	01-nov-23	31-dic-23	-Oficios y Memorandos -Evidencia Fotográfica
3	Salud Pública	Programa de prevención y control del Paludismo	Falta de apoyo a las guías prácticas clínicas para solicitar el control de calidad de la información institucional.	ADMINISTRATIVO	4	5	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Realizar de análisis con los responsables de cada una de las unidades médicas.	2	2	2	Dr. Francisco Javier Martínez Cobos	01-nov-23	31-dic-23	-Oficios y Memorandos -Atendidos -Evidencia Fotográfica
			Falta de capacitación y actualización de personal de atención médica.	ADMINISTRATIVO	4	5	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Realizar de análisis con los responsables de cada una de las unidades médicas.	2	2	2	Dr. Francisco Javier Martínez Cobos	01-nov-23	31-dic-23	-Oficios y Memorandos -Atendidos -Evidencia Fotográfica
4	Dirección de Administración y Finanzas	Programa de gestión del patrimonio	Falta de supervisión de los recursos.	ADMINISTRATIVO	7	6	REDUCIR	I	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
			Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	7	6	REDUCIR	I	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
5	Dirección de Planeación y Desarrollo	Programa de gestión del patrimonio	Errores en la información y/o datos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
			Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
6	Dirección de Planeación y Desarrollo	Programa de gestión del patrimonio	Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
			Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
7	Unidad de Gestión de Calidad	Programa de gestión del patrimonio	Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
			Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
8	Dirección de Planeación y Desarrollo	Programa de gestión del patrimonio	Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.
			Falta de actualización de la información por parte de los líderes de los proyectos.	ADMINISTRATIVO	4	7	REDUCIR	II	REDUCIR	REDUCIR	Verificar y validar un programa de supervisión integral.	4	4	4	Lic. Rosalinda Olivares	01-nov-23	31-dic-23	1.1. Anual Programa de supervisión integral. 1.2. Trimestral Programa de rúbricas de rúbricas. 1.3. Anual Informe de rúbricas. 1.4. Mensual Reporte de rúbricas. 1.5. Anual Informe de rúbricas. 1.6. Anual Informe de rúbricas.

## 9. MAPA DE RIESGOS

No. de Riesgo	Organismo Administrativo	Proceso	Riesgo	Valoración del Riesgo		Cuadrante
				Impacto	Probabilidad	
1	Secretaría Técnica	Cumplimiento de las obligaciones de transparencia	Solicitudes de información institucional atendidas fuera de los plazos normativos	7	6	I R. de Atención Inmediata
2	Secretaría Técnica	Cumplimiento de las obligaciones de transparencia	Solicitudes de información institucional atendidas fuera de los plazos normativos	7	8	I R. de Atención Inmediata
3	Secretaría Técnica	Cumplimiento de las obligaciones de transparencia	Información de la página oficial institucional desactualizada	6	4	IV Riesgo de Seguimiento
4	Dirección de Atención Médica	Abasto de Medicamentos y Material de Curación de las Unidades Médicas	Integración y envío de los cuadros básicos de insumos médicos sin apego al catálogo oficial y a las guías prácticas clínicas	4	5	III Riesgo Controlado
5	Dirección de Atención Médica	Abasto de Medicamentos y Material de Curación de las Unidades Médicas	Integración y envío de los cuadros básicos de insumos médicos sin apego al catálogo oficial y a las guías prácticas clínicas	4	5	III Riesgo Controlado
6	Salud Pública	Programa de prevención y control del Paludismo	Programa de prevención y control del Paludismo, ejecutado de manera medíatez	4	6	II de Atención Periódica
7	Dirección de Administración y Finanzas	Medicamentos adquiridos y recibidos por el Proceso de Subscripción de Recursos Materiales del Instituto de Salud, considerados en el programa de gasto del ejercicio fiscal 2023	Programa de gasto no integrado en tiempo y forma	7	6	I R. de Atención Inmediata
8	Dirección de Administración y Finanzas	Medicamentos adquiridos y recibidos por proceso de la Subdirección de Recursos Materiales del Instituto de Salud, considerados en el programa de gasto del ejercicio fiscal 2023	Medicamentos e insumos médicos, que no cumplen con las especificaciones del pedido	4	7	II de Atención Periódica
9	Dirección de Infraestructura en Salud	Equipamiento, Rehabilitación, Conservación y Mantenimiento de Unidades Médicas	Autorización y liberación tardía de recursos de los proyectos de fondo del llenado de la información en la plataforma y por retraso en la identificación de las fuentes de financiamiento	8	7	I R. de Atención Inmediata
10	Dirección de Planeación y Desarrollo	Atención y seguimiento a los sistemas de información en salud	Supervisar los sistemas de salud en las unidades médicas que no se apoyan al calendario establecido	4	7	II de Atención Periódica
11	Unidad de Gestión de Calidad	Satisfacción en la entrega de medicamentos, trato adecuado y digno en las unidades médicas	Encuesta de satisfacción aplicada incorrectamente de acuerdo a la normativa	5	6	II de Atención Periódica
12	Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios	Vigilancia sanitaria de las establecimientos de atención médica	Vigilancia sanitaria que no se puede realizar, por falta de recursos humanos que ostentan el código de verificador	6	6	I R. de Atención Inmediata



**Programa de Trabajo de Administración de Riesgos**

Nombre del Organismo Público: Instituto de Salud

Fecha de elaboración: 24 febrero 2023

<b>Nombre/cargo</b>	<b>Firma</b>
<p><b>Dr. José Manuel Cruz Castellanos</b> Presidente del COCODI y Secretario de Salud, Director General del Instituto de Salud</p>	
<p><b>Dra. Alejandra Martínez Meneses</b> Coordinador de Control Interno y Directora de Planeación y Desarrollo</p>	
<p><b>Lic. Reynold Rabaza Suarez</b> Enlace de Administración de Riesgos y Subdirector de Programación, Organización y Presupuesto</p>	