

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

INSTITUCIÓN	Servicios de Salud del Estado de Colima	EJERCICIO	2025
		TRIMESTRE	III (Jul-sep)

Fundamento legal

Este Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, tiene su fundamento legal en el siguiente marco normativo:

- I. Artículo 52 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública del Estado de Colima, que establece que la Contraloría General del Estado de Colima **estará a cargo del control interno** de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.
- II. Artículos 10 fracción III inciso a) y 28 fracción I y II del **Acuerdo que Emite las Disposiciones Generales en Materia de Control Interno para el Sector Público del Estado de Colima**, que señalan que la persona Coordinadora de Control Interno deberá elaborar el **Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)** dentro de los **15 días hábiles** posteriores al cierre de cada trimestre, mismo deberá presentarse ante la persona titular de la Institución y enviar a la Contraloría General del Estado, en copia simple y digital.
- III. La Contraloría General por sí o a través de los Órganos Internos de Control, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el Acuerdo, y otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a las personas titulares y demás personas servidoras públicas de las Instituciones para mantener un Sistema de Control Interno Institucional en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua, tal y como lo prevé el **artículo 5 de las Disposiciones Generales de Control Interno para el Sector Público del Estado de Colima**.
- IV. Artículo 23 del reglamento interior de la Contraloría General que refiere que la Dirección de Control Interno y Vigilancia, vigilará el cumplimiento de las normas de control interno y fiscalización con carácter preventivo en materia Anticorrupción, así como en la **fracción XIV**: que señala que se somete a consideración de la persona Titular de la Contraloría, **los informes de resultados de la evaluación del sistema de control interno implementado en la Contraloría**, así como en la Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

Estructura del Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

El presente reporte de avance trimestral está compuesto por cinco apartados: 1) Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, 2) La descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas, 3) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas, 4) Conclusión sobre su valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno y 5) Conclusión sobre su valor agregado para prevenir, detectar y en su caso, sancionar faltas administrativas graves, no graves y hechos de corrupción.

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

1).- Resumen cuantitativo de las acciones de mejora (A.M.) comprometidas donde se indica: el total de las acciones concluidas y su porcentaje de cumplimiento, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance:

No. Acciones de Mejora Comprometidas en el PTAR Original	No. Acciones de Mejora Comprometidas en el PTAR Actualizado *
121	126

*Sólo en el caso de que se haya modificado el PTAR original del ejercicio.

Situación GLOBAL de las Acciones de Mejora comprometidas.				
Total de Acciones de Mejora programadas en el PTAR	Acciones Concluidas	% de Cumplimiento *	Acciones en Proceso	Acciones sin avance
126	39	30.9%	66	21

* Total de acciones de mejora concluidas entre total de acciones de mejora comprometidas por cien (con un decimal).

Situación TRIMESTRAL de las Acciones de Mejora comprometidas				
Total de Acciones de Mejora programadas en el trimestre	Acciones Concluidas en el trimestre	% de Cumplimiento de las acciones del trimestre *	Acciones programadas en el trimestre en Proceso	Acciones programadas en el trimestre sin avance
91	9	9.9%	66	16

* Total de acciones de mejora concluidas entre total de acciones de mejora comprometidas por cien (con un decimal).

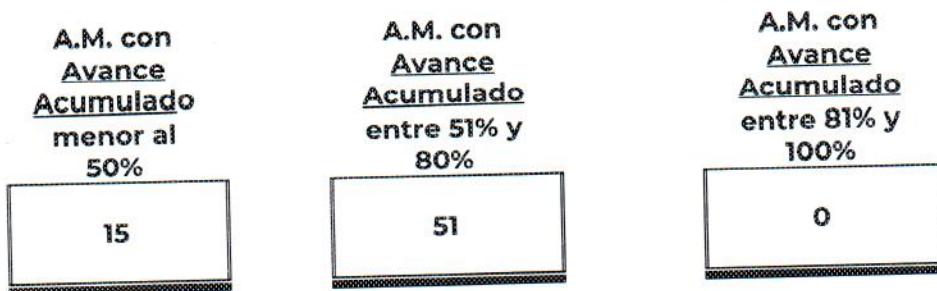




Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

Número de acciones de mejora en PROCESO al trimestre reportado:

* Se registran de la tabla de la situación GLOBAL de las acciones de mejora.



Número de riesgos registrados en la Matriz de riesgos institucional, su clasificación de acuerdo a la estrategia para administrar el riesgo y su ubicación en el cuadrante.

Total de Riesgos	Estrategias establecidas				
	Evitar	Reducir	Asumir	Transferir	Compartir
35	0	29	3	0	3
	Cuadrante	I Atención Inmediata	II Atención Periódica	III Controlados	IV De Seguimiento
	No.	24	1	3	7

En la siguiente tabla se deberán registrar sólo las acciones de mejora de los avances realizados durante el trimestre correspondiente, considerando que, en caso de haber iniciado o concluido una acción de mejora programada en fecha distinta al trimestre reportado, también deberá registrarse como parte del presente reporte de avance trimestral.





Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

No.	No. A.M.	Descripción de las acciones de mejora generales establecidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre *
1	1	Aprobar en sesión del COCODIT la metodología de administración de riesgos, conforme a las Disposiciones Generales en materia de Control Interno.	100%
2	2	Seguimiento al procedimiento de administración de riesgos, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, el Órgano Interno de Control, el Coordinador(a) de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.	100%
3	3	Instruir a las unidades administrativas para que identifiquen riesgos de incumplimiento institucional y/o de corrupción en sus procesos sustantivos y administrativos, sus factores detonantes, la pertinencia, suficiencia y efectividad de los controles establecidos para mitigarlos. En caso de que se concluya que existen debilidades de control, los riesgos deberán incluirse en la Matriz y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	100%
4	4	Determinar acciones de control en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar: Unidad administrativa, responsable de su implementación, fechas de inicio y de término, y medios de verificación.	N/A
5	5	Definir acciones para prevenir y atender los riesgos en materia de corrupción durante los procesos gubernamentales, los cuales deben informarse a través del PTAR.	75%
6	6	Revisión y análisis de la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral; para la elaboración de los Proyectos institucionales de la Matriz y Mapa de Riesgos Institucional, de acuerdo a la normativa en la materia.	N/A
7	7	Incorporación de la Matriz, Mapa y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; el Reporte de Avances Trimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos en el Sistema Informático que corresponda.	75%
8	8	Actualización de la Matriz de Riesgos.	N/A
9	9	Elaboración del reporte de avances trimestral del PTAR.	75%
10	10	Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos (RAC).	N/A

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

No.	No. A.M.	Descripción de las acciones de mejora específicas establecidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos derivadas de la Matriz de Riesgos.	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre *
Riesgo 2025_1 (DSS-LESP).- Pérdida de la oportunidad del procesamiento de las muestras aceptadas de los diferentes programas de prevención y control de la vigilancia epidemiológica.			
11	1.1	Enviar tres veces al año a la Subdirección de Epidemiología mediante oficio los criterios de aceptación y rechazo para su difusión a los responsables de programas.	100%
12	1.2	Solicitar mediante oficio a la Subdirección de Epidemiología las metas de muestreo previstas para cada uno de los Programas de Vigilancia Epidemiológica.	100%
13	1.3	Elaborar el pedido anual de necesidades del LESP y enviarlo a través de oficio a la Dirección Administrativa.	100%
14	1.4	Vo. Bo. del área solicitante en la requisición y participación durante el proceso de licitación de los insumos solicitados por las áreas.	75%
Riesgo 2025_2 (DSS-SEPI).- Brotes epidémicos notificados de manera inoportuna e ineficaz por parte de las instituciones del Sector Salud.			
15	2.1	Coordinar y operar el Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica, para la identificación de brotes de manera oportuna, quedando asentados en las reuniones del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica; así como la notificación y atención oportuna de los brotes de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.	75%
Riesgo 2025_03 (DSS-CETS).- Acceso universal a la sangre y hemo componentes seguros sin apego total a las normas que garanticen la calidad y seguridad.			
16	3.1	Realizar una campaña de donación altruista al mes.	75%
17	3.2	Participar en el panel de control de calidad externo del CNTS de inmunohematología y serología una vez al año.	50%
Riesgo 2025_04 (DSS-SPPS).- Promoción a la salud brindada de manera deficiente			
18	4.1	Oficios de solicitud de recurso humano, económico y materiales a la Dirección Administrativa y envío de informe trimestral de indicadores de SaNAS.	75%
19	4.2	Realizar reuniones con las áreas involucradas a fin de organizar las actividades de prevención y promoción a la salud; y de requerirse envío de oficio a las áreas de apoyo.	75%
20	4.3	Enviar por oficio a la Dirección Administrativa la solicitud de vehículo para realizar las actividades de prevención y promoción a la salud.	75%
Riesgo 2025_05 (DSS-SAM).- Servicio del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) otorgado sin cumplir los tiempos de respuesta ante emergencias médicas.			
21	5.1	Gestión de personal mediante oficio al área administrativa para nuevas contrataciones y recontrataciones para el CRUM.	75%
22	5.2	Reuniones de seguimiento al proyecto de creación del SAMU.	0%
23	5.3	Solicitud de estatus de personal operativo de las ambulancias donde se haga referencia a lo estipulado en el	0%

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

		comodato.	
24	5.4	Solicitar la viabilidad de la recepción de pacientes regulados a través del CRUM a las unidades hospitalarias mediante el CEISS.	100%
25	5.5	Reuniones de seguimiento al proyecto de creación del SAMU.	0%

Riesgo **2025_06 (DSS-SEPI)**.- Seguimiento inadecuado a los niños, niñas y adolescentes con resultados alterados en el tamizaje.

26	6.1	Realizar procesos de las diferentes etapas del tamizaje.	66.6%
27	6.2	Difusión y seguimiento a los procesos de tamizaje.	N/A
28	6.3	Solicitar la adquisición y/o entrega de insumos y equipo a quien corresponda.	75%
29	6.4	Realizar las gestiones (mediante oficio) del personal requerido para la operación de la estrategia de tamizaje y/o colaboración interinstitucional	100%

Riesgo **2025_07 (DP-SEI)**.- Certificados de defunción llenados y capturados erróneamente, y/o extravío del mismo durante el proceso de certificación

30	7.1	Registro de folios entregados para resguardo de las Unidades Médicas-previa solicitud mediante oficio, folios utilizados (capturados) por las mismas, cancelados y pendientes de utilizar, para la correcta elaboración de reporte semanal de control de certificados requerido por la federación. Continuidad con las capacitaciones pertinentes, para mejorar las áreas de oportunidad en el correcto llenado del certificado y cumplir con los criterios estipulados en la metodología para generar indicadores de la calidad de la información del SEED.	75%
----	-----	--	-----

Riesgo **2025_08 (DP-SEI)**.- Sistemas, redes, aplicaciones y datos vulnerados en su seguridad (robo, sustracción o mal uso)

31	8.1	Monitoreo permanente en actualización de equipos informáticos y mantenimiento de los mismos.	75%
32	8.2	Seguimiento y vigilancia del servicio contratado para sistemas informáticos, en relación a la seguridad de la información	75%

Riesgo **2025_09 (DP-SEI)**.- Mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura informática institucional realizado sin apego a la normatividad correspondiente

33	9.1	Elaborar un programa para identificación de necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo de los activos informáticos.	75%
34	9.2	Realizar con oportunidad la solicitud del recurso requerido para cubrir las necesidades de mantenimiento a la infraestructura informática de las diferentes áreas.	75%

Riesgo **2025_10 (DP-SCES)**.- Actividades de las líneas de calidad y educación realizadas sin implementación de la función de rectoría en el sector salud.

35	10.1	Solicitar mediante oficio y correo electrónico a la DGCES la actualización de las cédulas de responsabilidades.	100%
36	10.2	Solicitar mediante oficio y correo electrónico a la Dirección de Planeación a fin de que el área de Calidad sea considerada en el anteproyecto del presupuesto.	100%

Riesgo **2025_11 (DP-SPPyE)**.- Avances de acuerdos CONASABI e indicadores de resultados no

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

reportados en tiempo y forma			
37	11.1	Reuniones con Directores y Subdirectores de Área, a fin de sensibilizarlos sobre la importancia que tiene en el presupuesto basado en resultados (pbr), así como el cumplimiento de los indicadores y acuerdos.	100%
38	11.2	Reuniones con las áreas que presenten bajo cumplimiento para establecer acciones de mejora.	75%
Riesgo 2025_12 (DP-SPPyE) .- Juntas de Gobierno realizadas sin apego a la normatividad establecida.			
39	12.1	Reuniones para integrar y dar seguimiento a la información requerida para las Juntas de Gobierno, así como sesiones de orientación a áreas responsables de la información.	100%
40	12.2	Difundir a las áreas la normativa para la realización de las Juntas de Gobierno y llevar a cabo reuniones internas para identificar acciones de mejora e incidir en el cumplimiento.	100%
Riesgo 2025_13 (DP-SOyC) .- Infraestructura preservada y/o ejecutada sin cumplir los estándares de calidad requeridos.			
41	13.1	Hacer una calendarización de los mantenimientos de cada uno de los centros que se administran como Servicios de Salud.	75%
42	13.2	Realizar supervisión de obra asignada.	75%
43	13.3	Realizar supervisión de obra asignada a fin de verificar que se cumpla con lo contratado.	75%
Riesgo 2025_14 (DP-SOyC) .- Proceso de obra ejecutado sin apego a la normatividad correspondiente.			
44	14.1	Cumplir con la Ley de Obra Pública en lo referente a llevar a cabo las sesiones ordinarias de Comité de forma bimestral o realizar sesiones extraordinarias cuando se requiera.	75%
45	14.2	Realizar las gestiones necesarias a fin de que se impartan capacitaciones técnicas de supervisión de obra de instituciones de salud.	100%
46	14.3	Analizar a fondo las propuestas de contratistas, así como solicitar asesoría de especialistas de acuerdo a los requerimientos.	75%
Riesgo 2025_15 (DA-SAYSG) .- Medicamentos y/o insumos sustraídos de manera indebida por los servidores públicos.			
47	15.1	Evidencias fotográficas de los insumos y/o medicamentos que se reciben y reporte de entradas y salidas del Almacén Central.	75%
48	15.2	Realización de inventarios y la validación de los mismos por parte del Almacén Central.	75%
49	15.3	Difusión de Código de Ética y Código de Conducta a los servidores Públicos del Almacén Central.	100%
Riesgo 2025_16 (DA-SAYSG) .- Incentivos solicitados por los servidores públicos para ignorar faltantes en las entregas de medicamentos y/o insumos.			
50	16.1	Reporte de entradas de medicamentos y/o insumos al Almacén Central.	75%
51	16.2	Difusión de Código de Ética y Código de Conducta a los servidores Públicos del Almacén Central.	100%



Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

Riesgo **2025_17(DA-SAySG)**.- Refacciones utilizadas y gasolina cargada en vehículos que no se encuentran en el padrón vehicular.

52	17.1	Mantener actualizados los resguardos del parque vehicular y ordenes de servicios de mantenimiento y/o reparación de los vehículos oficiales.	75%
53	17.2	Difusión de Código de Ética y Código de Conducta a los servidores Públicos de Servicios Generales.	100%
54	17.3	Informes mensuales de suministro de gasolina y servicios de mantenimiento a vehículos oficiales.	75%
55	17.4	Mantener actualizados los resguardos del parque vehicular.	75%

Riesgo **2025_18 (DA-SAySG)**.- Adquisiciones realizadas sin cumplir con los principios de economía, eficacia y eficiencia

56	18.1	Contar con los estudios de mercado en cada proceso de compra.	75%
57	18.2	Difundir los criterios necesarios que deben cumplir las solicitudes de compra por parte de las unidades requirentes.	100%
58	18.3	Solicitud de fianza de garantía a los proveedores.	75%

Riesgo **2025_19 (DA-SRH)**.- Movimiento del personal tramitados de forma inoportuna y fuera de los tiempos establecidos en la normatividad vigente.

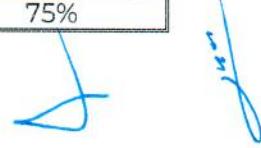
59	19.1	Gestionar la optimización o sustitución del Sistema de Nómina.	100%
60	19.2	Solicitar la sistematización de los Trámites y Servicios que se otorgan en el Departamento de Relaciones Laborales.	100%
61	19.3	Dar seguimiento oportuno a las requisiciones de material de equipo y de oficina.	100%
62	19.4	Solicitar a las unidades que cumplan con los tiempos de entrega de documentos, incidencias, etc.	100%

Riesgo **2025_20 (DA-SRH)**.- Proceso de nómina realizado de forma ineficiente e inoportuno

63	20.1	Generar un proceso de verificación de los cálculos antes de ser liberada la nómina (en coordinación con la Subdirección de Presupuestación y Finanzas)	75%
64	20.2	Difundir el procedimiento para que los Administradores y Jefes de Recursos Humanos de todas las Unidades notifiquen a la Subdirección de Recursos Humanos en tiempo y forma los movimientos e incidencias del personal.	100%
65	20.3	Establecer las estrategias ante la Institución Bancaria para generar de manera ágil los reversos a las cuentas bancarias del OPD, o en su defecto, reintegros por el personal.	75%
66	20.4	Establecer un calendario de procesos internos entre los departamentos que integran la Subdirección de Recursos Humanos y apegarse al mismo para la afectación de los movimientos quincenales.	100%
67	20.5	Gestión de capacitación al personal en sistemas informáticos.	100%

Riesgo **2025_21 (DA-SPF)**.- Pagos y comprobaciones de los recursos realizados sin apego a las fechas pactadas en los convenios y programas

68	21.1	Establecer líneas de comunicación entre las áreas y los ejecutores del gasto.	75%
69	21.2	Gestionar a través de la Dirección Administrativa que se	75%

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

		agilicen los procesos administrativos.	
70	21.3	Implementar Calendario de Pagos.	100%
71	21.4	Que los ejecutores del gasto soliciten vía correo u oficio la suficiencia y agilizar el trámite para su pago en tiempo, debidamente soportado.	75%
72	21.5	Requerir oportunamente a la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración la asignación de recursos financieros de acuerdo al calendario y/o ampliaciones presupuestales.	75%
Riesgo 2025_22 (CAJ) .- Multas ordenadas por autoridades federales para el cumplimiento por desabasto de medicamentos, insumos y/o servicios de las instituciones del Sector Salud.			
73	22.1	Informar al Titular de la Institución en el caso de juicios de amparo y/o quejas en Derechos Humanos respecto a la solicitud de medicamento.	75%
74	22.2	Informar al Titular de la Institución en el caso de juicios de amparo y/o quejas en Derechos Humanos sobre la falta de atención médica.	75%
75	22.3	Realizar el proceso de transferencia y reuniones con similares de IMSS Bienestar Colima e IMSS Bienestar Federal, así como la Contraloría General del Estado.	75%
76	22.4	Emisión de oficios de requerimiento a las áreas involucradas, estableciendo los términos que dictó la autoridad.	75%
Riesgo 2025_23 (CAJ) .- Ejecución de sentencias y laudos impuestas a los Servicios de Salud no pagadas en tiempo.			
77	23.1	Enviar oficios de solicitud de recurso a la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración y remitir copia al área jurídica de la institución.	75%
Riesgo 2025_24 (UT) .- Requerimiento de información atendido de manera extemporánea.			
78	24.1	Enviar oficios y correos electrónicos a las áreas para requerirles la información que se solicita.	75%
79	24.2	Mantenimientos preventivos y correctivos a equipos de cómputo para asegurar el buen funcionamiento del servicio.	75%
80	24.3	Elaborar y enviar al Titular los informes trimestrales de solicitudes de información.	66.6%
Riesgo 2025_25 (CCS) .- Información contenida en el portal web no actualizada conforme a las obligaciones de la institución.			
81	25.1	Oficio circular firmado por el Titular donde se describan los incumplimientos que afectan la imagen de los Servicios de Salud.	100%
82	25.2	Oficio circular de seguimiento donde se notifiquen las áreas de oportunidad detectadas con base a los lineamientos a seguir para mantener actualizada la información contenida en el Portal Web.	100%
83	25.3	Oficio de la Coordinación de Comunicación Social informando al OIC del incumplimiento de sus obligaciones.	100%
84	25.4	Elaborar y difundir de manera interna un documento oficial con los lineamientos a seguir para mantener actualizada la información contenida en el Portal Web.	0%
Riesgo 2025_26 (COESPRIS) .- Actos de autoridad realizados de manera deficiente que incumplen			

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

con la normativa sanitaria.			
85	26.1	Capacitar a las personas servidoras públicas para promover la integridad en el servicio público.	0%
86	26.2	Designar o ratificar al enlace o responsable de la Implementación y Seguimiento de las actividades de la Estrategia del Buen Gobierno en el Sistema Federal Sanitario.	100%
87	26.3	Dar seguimiento oportuno a las papeletas de quejas, sugerencias y/o felicitaciones ingresadas a través de los buzones que puedan tener relación, así como, realizar encuestas de satisfacción de los procesos vulnerables a actos de corrupción que permitan identificar probabilidades de ocurrencia.	75%
Riesgo 2025_27 (ABP).- Apoyos entregados a la población vulnerable que no corresponden a necesidades en materia de salud, como son: pasajes, traslados de ambulancia, pago de gastos funerarios, despensas y pago de deudas de servicios médicos. (sólo son procedentes: apoyos de movilidad como sillas de rueda, bastones, muletas, andaderas, estudios de laboratorio, estudios de imagen, medicamentos, que no cubran las Instituciones de Salud).			
88	27.1	Elaboración y difusión al interior de la ABP del Catálogo de Apoyos autorizados en materia de salud.	0%
89	27.2	Revisar y delimitar el alcance de la atención que brinda la ABP a través de reuniones en donde se defina el Decreto de Creación.	25%
90	27.3	Actualización de información del Portal de Salud, así como elaboración de trípticos y señalética.	100%
91	27.4	Orientación al personal del módulo respecto a los apoyos que brinda la ABP, así como entregarle trípticos e informarle de los programas de apoyo.	100%
Riesgo 2025_28 (ABP).- Población objetivo no atendida por la Administración de la Beneficencia Pública.			
92	28.1	Solicitar a las autoridades correspondientes el apoyo con vehículo para continuar con las jornadas de trabajo.	20%
93	28.2	Solicitar enlaces en los Centros de Salud y otras instituciones públicas para brindar capacitación e información de los apoyos que otorga la ABP.	100%
94	28.3	Establecer un método que permita la medición de la población vulnerable para tabular el nivel de apoyo económico.	0%
95	28.4	Solicitar y gestionar recurso económico para continuar operando los programas y apoyos de la ABP.	100%
96	28.5	Solicitar y gestionar recurso económico para continuar otorgando apoyos de la población vulnerable.	100%
Riesgo 2025_29 (CESMAC).- Personas (pacientes) atendidos en tratamiento residencial (hospitalario) en las Clínicas de Atención Residencial en Adicciones por debajo de los estándares de calidad y por debajo de los criterios de la Norma Oficial Mexicana 028.			
97	29.1	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a efecto de cubrir las plazas faltantes de personal del área médica y paramédica y afín de la Clínica de Atención Residencial en Adicciones de Manzanillo (Mujeres).	50%
98	29.2	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a	25%

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

		efecto de asegurar que las necesidades de insumos perecederos para la alimentación se garanticen mediante el establecimiento de un presupuesto, así como el del material de limpieza y de mantenimiento.	
99	29.3	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a efecto de asegurar el surtimiento de los insumos médicos y de curación, así como el de oficina para que el personal pueda realizar sus funciones al 100% en el proceso de atención de los pacientes, lo anterior para garantizar el presupuesto necesario para tal fin.	0%
100	29.4	Realizar una proyección presupuestal sobre los gastos que se realizarán en el pago de los servicios mencionados mediante la revisión de su comportamiento durante el año anterior, además de realizar el proceso de pago en tiempo oportuno.	75%
101	29.5	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a efecto de considerar en el programa anual de capacitación temas específicos para el personal que se encuentra en la atención residencial de adicciones.	0%
Riesgo 2025_30 (CESMAC). - Personas atendidas por consumo de sustancias psicoactivas y/o con problemas emocionales o mentales en las UNEME CECOSAMA por debajo de los estándares de calidad y por debajo de los criterios de la Norma Oficial Mexicana 028.			
102	30.1	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a efecto cubrir las plazas faltantes de personal del área médica y paramédica del CECOSAMA Tecomán y CECOSAMA Manzanillo, así como el personal de intendencia de CECOSAMA Manzanillo y de recepción de CECOSAMA Colima, mediante la contratación o la designación de personal fijo.	50%
103	30.2	Realizar el trámite de forma oportuna y darle seguimiento para que se adquieran los materiales con tiempo por parte del área de Adquisiciones.	0%
104	30.3	Realizar el trámite oportunamente para que sean cubiertos los pagos de los servicios oportunamente.	75%
105	30.4	Realizar el trámite oportunamente y dar seguimiento de que el área administrativa realice el proceso de adjudicación con prontitud y que el proceso de pago y compra se realice lo más pronto posible para evitar demoras.	0%
Riesgo 2025_31 (CESMAC). - Acciones preventivas limitadas y con escasa cobertura, así como de bajo impacto en adicciones salud mental y detección de personas con consumo de sustancias psicoactivas.			
106	31.1	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a efecto de aumentar el personal operativo que integre los diversos programas preventivos en adicciones y salud mental para aumentar la cobertura de acciones que muestren un impacto en estas metas.	50%
107	31.2	Realizar el trámite de forma oportuna y darle seguimiento para que se adquieran los materiales con tiempo por parte del área de adquisiciones.	0%
108	31.3	Solicitar un incremento del combustible disponible para las unidades que permitan cubrir las actividades programadas.	0%

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

109	31.4	Solicitar un espacio físico mayor para el personal que integre a la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, y/o dar seguimiento a la Gestión realizada en 2023.	0%
Riesgo 2025_32 (CESMAC).- Acciones preventivas, de capacitación, atención y seguimiento para la disminución de la tasa de suicidios, realizadas sin apego a los lineamientos del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PRONAPS).			
110	32.1	Gestionar ante la instancia administrativa correspondiente a efecto de que se realice la contratación de personal de Psicología, trabajo social y de promoción, así como formalizar el personal de contratación precaria, asignarlo a la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones para garantizar que las acciones preventivas, capacitación, atención y de seguimiento se garanticen. Designar en el primer nivel de atención de las 3 jurisdicciones, personal enfocado en las acciones mencionadas y que se coordinen operativamente con CESMAC, en el caso de la J2 y J3 es necesario la contratación de personal porque no existe personal.	50%
111	32.2	Solicitar la instalación de módulos de salud mental en Centros de Salud que cuenten con un espacio físico que cumpla con las características para la atención psicoterapéutica y que cuenten con el material necesario.	75%
112	32.3	Formalizar la necesidad de que el personal del primer nivel de atención se capacite en temas de salud mental y en la identificación y atención de las personas con conducta suicida, establecer la supervisión de que se cuente con la acreditación de los cursos, establecer la calendarización para la capacitación del personal.	50%
113	32.4	Gestionar ante las instancias administrativas correspondientes para que los módulos de salud mental cuenten con el personal capacitado en salud mental y con los conocimientos y habilidades necesarias, así como supervisar las actividades que se realicen.	50%
114	32.5	Coordinar con el área de Estadística e Informática a fin de capacitar al personal médico y paramédico en el registro de los trastornos mentales y de los intentos de suicidio, vigilar que se registre y establecer un sistema de vigilancia de los casos, así como la notificación a CESMAC para el seguimiento y gestión de los casos.	0%
Riesgo 2025_33 (OIC).- Observaciones de Auditorías generadas de forma recurrente en auditorías subsecuentes.			
115	33.1	Emitir oficios para solicitar a las Direcciones de Área se apeguen a la normatividad (Convenios, Reglas de Operación, Leyes y Reglamentos).	100%
116	33.2	Emitir oficios a las Direcciones de Área respecto a las observaciones recurrentes de auditorías.	50%
117	33.3	Realizar revisiones de expedientes y documentos conforme a lo solicitado en los requerimientos de los Órganos Fiscalizadores, así como reuniones de trabajo con las áreas involucradas.	100%
Riesgo 2025_34 (OIC).- Quejas y denuncias sobre presuntas irregularidades cometidas por			

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

Servidores Públicos de la Dependencia atendidas en forma deficiente.			
118	34.1	Elaborar y difundir el procedimiento de atención a quejas y denuncias.	50%
119	34.2	Difundir el Código de Ética y Código de Conducta, así como la Ley de Responsabilidades Administrativas.	100%
120	34.3	Realizar las modificaciones correspondientes a la normatividad de la institución.	60%
121	34.4	Gestionar personal para el OIC.	100%
Riesgo 2025_35 (COESCAMED).- Atención a inconformidades de los usuarios de servicios médicos realizada sin apego a la normatividad correspondiente.			
122	35.1	Gestionar ante la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, mediante oficio la necesidad de personal médico y administrativo.	75%
123	35.2	Gestionar ante la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, mediante oficio la necesidad de mobiliario, equipo de cómputo y vehículo.	50%
124	35.3	Gestionar ante la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, mediante oficio la transferencia de recurso en tiempo y forma.	50%
125	35.4	Revisar y actualizar la normativa interna de la COESCAMED.	25%
126	35.5	Gestionar ante el Ejecutivo, mediante oficio, la designación del Consejo de la COESCAMED.	0%

* Por cada acción de mejora.




Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

2).- Descripción de las principales problemáticas que obstaculizaron el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.

DSS:

2025_3_3.2, se encuentra en proceso administrativo la participación en el panel de control de calidad externo de inmunohematología y serología.

2025_5_5.2 y 5.5, relacionados al CEMER/SAMU, se dará seguimiento en el próximo trimestre (octubre-diciembre), a fin de contar con evidencia del fundamento por el cual no se llevó a cabo el proyecto.

2025_5_5.3, no se realizó el seguimiento al estatus del personal operativo de las ambulancias donde se haga referencia a lo estipulado en el comodato, se reprogramará para el siguiente trimestre.

2025_6_6.1, referente a la realización de procesos de las diferentes etapas del tamizaje, informa el área que han presentado dificultad para realizarlos, debido a cambios en la modalidad de trabajo.

CCS:

2025_25_25.3, referentes a dar vista al OIC del incumplimiento de las áreas, informa la CCS que giraron el oficio SESA-DESPACHO-CCS/000/03-25/162/2025, dirigido al OIC, mediante el que informan el cumplimiento de las diferentes áreas de los Servicios de Salud.

ABP:

2025_27_27.1, relacionado a la elaboración y difusión al interior de la ABP del Catálogo de Apoyos autorizados en materia de salud, comunica el área que su avance y conclusión dependen de la formalización de la estructura orgánica de la ABP para el análisis y delimitación del sistema con la participación de las Jefaturas, Dirección y Servicios de Salud.

2025_27_27.2, referente a revisar y delimitar el alcance de la atención que brinda la ABP a través de reuniones en donde se defina el Decreto de Creación.

2025_28_28.3, relacionado a establecer un método que permita la medición de la población vulnerable para tabular el nivel de apoyo económico, se comunica que concluye en diciembre 2025, se realiza el análisis de las responsabilidades de su elaboración con la formalización de la estructura orgánica de la ABP.

CESMAC:

2025_29_29.3 y 29.5, referentes a los CARA, comunica el área que no podrán contar con evidencias, ya que ahora la responsabilidad es del IMSS Bienestar.

2025_30_30.2 y 30.4, relacionadas a procesos de adquisiciones para los CECOSAMA, se dará seguimiento en los trimestres siguientes.

2025_31_31.2, 31.3 y 31.4, relacionadas a gestiones para materiales, combustible, espacio físico, se dará seguimiento en el último trimestre.

2025_32_32.5, relacionadas a la coordinación con el área de Estadística e Informática a fin de capacitar al personal médico y paramédico en el registro de trastornos mentales e intentos de suicidio, se reprogramará para el último trimestre.

COESCAMED:

2025_35_35.1, 35.2, 35.3 y 35.4, se realizaron las gestiones ante la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración y a la Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo. Continúan en proceso de atención, lo que ha limitado parcialmente el avance de las acciones de mejora. Se dará seguimiento a las gestiones y se mantendrá comunicación constante con las instancias competentes, a fin de lograr resultados que favorezcan a los usuarios de la COESCAMED.

DP:

Variación de tiempo programado con actividades extemporáneas que surgen de la necesidad de la población y unidades donde se da el apoyo de manera conjunta, que esto a su vez genera un atraso en la programación de actividades.

CAJ:

Continúa siendo desafío al momento de solicitar a otras áreas en un tiempo determinado respuestas a los oficios.

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

3).- Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas.

El porcentaje global alcanzado al cierre del trimestre julio-septiembre fue del **30.9%**, derivado de que la mayoría de las acciones de mejora fueron programadas para todo el ejercicio fiscal, por lo que en el último trimestre es en el cual se verá reflejado un porcentaje de cumplimiento considerable. Sin embargo, a fin de realizar las actividades que permitan el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas, se considera importante que las diferentes áreas de los Servicios de Salud, continúen dando seguimiento a las mismas y prioricen las que fueron reportadas en cero durante el trimestre reportado, a fin de evitar que los riesgos se materialicen. Asimismo, se sugiere que se continúe trabajando de manera continua, en coordinación y colaboración con otras áreas dentro y fuera del Organismo.

Finalmente, cabe destacar que aun cuando el avance es parcial, se observa una tendencia favorable hacia el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas.

4).- Conclusión sobre su valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno.

- Trabajo coordinado y transversal entre las diferentes áreas de los Servicios de Salud.
- Actualizar normativa interna (Decreto, Organigrama, Reglamento Interior, Manual de Organización, Manual de Procedimientos).
- Fortalecer la comunicación con las diferentes áreas a fin de cumplir con la información solicitada.
- Identificación oportuna de las acciones de mejora y su seguimiento.
- Contar con procesos de archivo y control más detallados y preciso de información, ha permitido tener y resguardar el seguimiento puntual de las actividades.
- Continuar con la estrecha colaboración interinstitucional y equipo de trabajo consolidado.

4

Y
X

Reporte de Avance Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

5).- Conclusión sobre su valor agregado para prevenir, detectar y en su caso, sancionar faltas administrativas graves, no graves y hechos de corrupción.

- Apoyo y compromiso de personal directivo y mandos medios respecto a sus atribuciones y responsabilidades en materia de control interno, establecidas en la normativa correspondiente.
- Seguimiento a acciones de mejora comprometidas en el PTAR.
- El seguimiento puntual a las acciones de mejora, a fin de fortalecer la capacidad institucional para prevenir y detectar posibles faltas administrativas, al promover mayor transparencia, trazabilidad y control en los procesos.
- El enfoque en la mejora continua y el seguimiento a los compromisos establecidos permite identificar oportunamente desviaciones que pudieran derivar en conductas sancionables, generando así un entorno más robusto en términos de integridad y rendición de cuentas.
- Acciones de supervisión permanentes que permitan atender con oportunidad los requerimientos establecidos.
- El seguimiento a las acciones de mejora, genera valor al fortalecer la transparencia institucional y el seguimiento formal a los procesos.
- Respetar los procedimientos establecidos para no cometer faltas de ninguna índole ya sea administrativa y/o judicial.

Colima, Col, a 10 de octubre de 2025.

Enlace de Administración de Riesgos

Elaboró

Mtra. Claudia M. Gómez García

Coordinador(a) de Control Interno

Elaboró/Revisó

Lic. Javier Rincón Rodríguez

Titular de La Dependencia o Entidad
Autorizó



SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE COLIMA

C.P. Víctor Manuel Torrero Enríquez
Secretario de Salud y Presidente Ejecutivo
de los Servicios de Salud del Estado de Colima