



**ACTA DE LA SEGUNDA SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE FECHA VEINTICUATRO DE MAYO DEL AÑO 2024.**

En la Ciudad de Chetumal, Capital del Estado de Quintana Roo, Municipio de Othón P. Blanco, siendo las catorce horas del viernes veinticuatro de mayo del 2024, en la Sala de Juntas de la Secretaría de Salud, ubicada en Av. Chapultepec No. 267, C.P. 77000 de esta ciudad, se reunieron las y los servidores públicos: en representación del **Lcdo. Flavio Carlos Rosado**, Presidente del Comité de Control y Desempeño Institucional y Secretario de Salud, el **M.S.P. Jorge Zaragoza Delgado**, Secretario Técnico del COCODI y Encargado de la Dirección de Planeación, Calidad y Archivo; en representación del **M.S.P. Jorge Zaragoza Delgado**, Secretario Técnico del COCODI y Encargado de la Dirección de Planeación, Calidad y Archivo; la **Mtra. Paola Y. Ovando Rivera**, Subdirectora de Planeación y Auxiliar de Control Interno; en representación del **Mtro. Jesús Ricardo Ayala Ramírez**, Subsecretario de Análisis Económico y Finanzas Públicas de la Secretaría de Finanzas y Planeación, la **L.C. Brenda Mayrel González Flores**, Directora de Análisis de Finanzas Públicas; en representación del **Mtro. Guillermo Alberto Pinto Aguilar**, Director de Administración, la **Mtra. Kristal Palacios Mar**, Soporte administrativo de la Dirección de Administración; en representación del **Lcdo. Carlos Rafael Pech Be**, Titular del Órgano Interno de Control, el **C. David Gastón IV Pérez Muñoz**, Apoyo Administrativo en Salud A7; en representación del **Mtro. José Manuel Celmo Cocom**, Director de Normatividad y Asuntos Jurídicos, la **Lcda. Ana Dolores Villarruel Castillo** Soporte Administrativo; en representación del **C. Anibal del Jesús Ramírez Canche**, Delegado Ejecutivo de la Junta de Asistencia Social Privada, el **Lcdo. Eduardo Adad Rodríguez Cabrera**, Jefe del Departamento Financiero; en representación de la **C. Claudia Gómez Verduzco**, Directora General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, la **Mtra. Klelly Gabriela Briceño Buenrostro**, Jefa del Departamento de Informática; el **Mtro. Juan de la Cruz Chullin Yam**, asignado de la Secretaría de la Contraloría y Auditor Especial de la misma; la **Mtra. Karina María Cituk Osalde**, Presidenta del Comité de Ética y Prevención de Conflicto de Interés; de conformidad con la convocatoria emitida por el **M.S.P. Jorge Zaragoza Delgado**, Encargado de la Dirección de Planeación, Calidad y Archivo y Secretario Técnico del COCODI, en observancia del artículo 39 del Acuerdo por el que se emiten las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Central y Paraestatal del Estado de Quintana Roo y 6, 16, 17, 18, 20, 31, 32 y 33 del Acuerdo por el cual se emiten los Lineamientos para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Control y Desempeño Institucional para la Administración Pública Central y Paraestatal del Estado de Quintana Roo, con el objeto de celebrar la **Segunda Sesión Extraordinaria 2024 del Comité de Control y Desempeño Institucional "COCODI"** de la Secretaría de Salud.

**PUNTO NÚMERO 1. PASE DE LISTA DE ASISTENCIA.**

En uso de la voz del **M.S.P. Jorge Zaragoza Delgado**, solicitó a la **Mtra. Paola Y. Ovando Rivera**, proceda al pase de lista, por lo que fue nombrando a cada uno de las y los miembros del Comité presentes y que están referidos en el proemio de esta Acta.

Una vez constatando la participación de la totalidad de las y los integrantes de este Comité, solicitó a el **M.S.P. Jorge Zaragoza Delgado**, proceda al inicio a la Segunda Sesión Extraordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional 2024.

**PUNTO NÚMERO 2. DECLARACIÓN DE QUÓRUM LEGAL E INICIO DE LA SEGUNDA SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD.**

En uso de la voz del **M.S.P. Jorge Zaragoza Delgado**, declaró existencia de quórum legal, por lo que se procedió a dar inicio formalmente la Segunda Sesión Extraordinaria 2024 del Comité de Control y Desempeño Institucional, siendo las catorce horas con cinco minutos del viernes veinticuatro de mayo del año dos mil veinticuatro. Derivándose el **Acuerdo 1/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Se da por instalada la Segunda Sesión Extraordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI). Se integra detalle como **ANEXO 1**.

**PUNTO NÚMERO 3. APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.**

En uso de la voz la **Mtra. Paola Y. Ovando Rivera**, procedió a dar lectura del orden del día.

**ORDEN DEL DÍA**

1. Pase de lista
2. Declaración de quórum legal e inicio de la Segunda Sesión Extraordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional.
3. Aprobación del Orden del día.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*



4. Presentación del resultado de la evaluación del Informe Anual realizada por el Órgano Interno de Control de la Institución o en su caso, por el representante designado por la Secretaría de la Contraloría.
  - 4.1. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Quintana Roo.
  - 4.2. Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo.
  - 4.3. Secretaría de Salud.
5. Presentación y Validación de las modificaciones al PTCI.
  - 5.1. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Quintana Roo.
  - 5.2. Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo.
  - 5.3. Secretaría de Salud.
6. Lectura y aprobación de los acuerdos de la sesión.
7. Clausura de la Sesión.

En uso de la voz del M.S.P. **Jorge Zaragoza Delgado**, procedió a someter a aprobación el orden del día, siendo aprobado por unanimidad; derivándose el **Acuerdo 2/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional aprueban por unanimidad de votos el Orden del Día. -----

**PUNTO NÚMERO 4. PRESENTACIÓN DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL INFORME ANUAL REALIZADA POR EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DE LA INSTITUCIÓN O EN SU CASO, POR EL REPRESENTANTE DESIGNADO POR LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA.** -----

4.1. **Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Quintana Roo.** En uso de la voz, la **Mtra. Paola Y. Ovando Rivera** presentó el numeral 4, en cumplimiento del **Acuerdo 12/COCODI-SSA/IIORD/2024** "Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional aprueban que se presente en Sesión Extraordinaria los resultados de la Evaluación del Informe Anual realizada por el Órgano Interno de Control de la Institución", por lo que cedió el uso de la voz, a la **Mtra. Klelly G. Briceño Buenrostro** señaló la evaluación de los componentes a Nivel Alto: "Ambiente de Control" 83.33% siendo el resultado más elevado, mientras "Informar y Comunicar" 79.99%, obteniendo 80.67%. En cuanto al Proceso evaluado "Apoyo asistencia otorgado a personas en situación de vulnerabilidad" el componente "Ambiente de Control" con 56%, mientras "Administración de Riesgos" e "Informar y Comunicar" con 80%, con un porcentaje final de 70.95% oscilando entre "En ejecución" y "Avanzado".

4.2. **Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo.** En uso de la voz, el **Lcdo. Eduardo Adad Rodríguez Cabrera**, expuso los resultados de los componentes a Nivel Alto: "Ambiente de Control" 46.64%, mientras "Administración de Riesgos" obtuvo un 60%, con una evaluación final de 53.39%, ubicándolo en un grado de instrumentación de "En Diseño". En cuanto al Proceso "Vigilar, Asesorar y Capacitar a las IAPS" con un 50.10%, con grado de instrumentación de "Documentado" y "En ejecución". -----

4.3. **Secretaría de Salud.** En uso de la voz, la **L.A.E. Yaremi Alpuche Pajón**, Jefa del Departamento de Programación y Modernización Administrativa; quien informó sobre los resultados reflejados en el oficio **SECOES/SACI/CGOIC/COIC-A/OIC/0112/IV/2024** enviado por el Órgano Interno de Control, el cual contenía el informe anual de los Resultados de la Evaluación de Control Interno del ejercicio 2023. De acuerdo al resultado del informe, se obtuvo una calificación del 85% en total de todos los componentes evaluados a Nivel Alto. En cuanto a los procesos, se presentaron dos: "Recepcionar artículos para la conformación de la Revista Salud Quintana Roo" con un 78%, y la "Actualización del Manual de Organización" con un 78%, a cargo de la Dirección de Planeación Calidad y Archivo. En uso de la voz, la **Mtra. Paola Y. Ovando Rivera**, puntualizó que en cuanto a las actividades de actualización del manual de organización quedarán suspendidas derivado del contexto actual que se vive en el sector de salud a nivel nacional y de la incertidumbre que se vive respecto a cuál serán las nuevas atribuciones conferidas al Estado; derivándose el **Acuerdo 3/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Se da por presentado el Resultado de la evaluación del Informe Anual realizada por el Órgano Interno de Control de la Institución o en su caso, por el representante designado por la Secretaría de la Contraloría. Se integra detalle como **ANEXO 2.** -----

**PUNTO NÚMERO 5. PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS MODIFICACIONES AL PTCI.** -----

5.1. **Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Quintana Roo.** En uso de la voz, la **Mtra. Paola Y. Ovando Rivera** presentó el numeral 5, en cumplimiento del **Acuerdo 13/COCODI-SSA/IIORD/2024** Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional aprueban presentar el PTCI en Sesión Extraordinaria; por lo que cedió el uso de la voz, a la **Mtra. Klelly G. Briceño Buenrostro**, quien procedió a la presentación de siete Programas de Trabajo de Control Interno con fecha compromiso 31 de diciembre del presente

*[Handwritten signatures and initials on the left margin]*



año; indicó que de acuerdo los PTCI: "Capacitación del personal responsable de los procesos sobre la Metodología de Administración de Riesgos", con el objetivo de "mejorar el Control Interno de la APABEP, en la identificación de riesgos e implementación de los controles para disminuirlos y mejorar los procesos internos" se realizará la evaluación del cumplimiento por parte de los integrantes del COEPCI; "Elaborar el proyecto de los Lineamientos para regular el proceso de ingreso de personal" con el fin de "evaluar la competencia profesional de los candidatos a ocupar un puesto en la Institución", señaló elaborar el proyecto de lineamientos para el proceso de ingreso de personal; "Los objetivos y metas del Plan Estratégico son comunicadas a las áreas responsables de su cumplimiento y se les da seguimiento" con el propósito de "Fortalecer y dar seguimiento a los Controles Internos establecidos" para hacer de conocimiento a los titulares o responsables del cumplimiento de las metas y objetivo, que estos están siendo logrados en avances porcentuales.

5.2. Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo. En uso de la voz, el Lcdo. Eduardo Adad Rodríguez Cabrera, Informó catorce Programas de Trabajo de Control Interno con fecha compromiso 31 de diciembre del presente año, de los cuales hizo mención de los siguientes: "1.1 La misión, visión y metas institucionales existen y están alineados al Plan Estatal de Desarrollo" en donde el objetivo es "Continuar y concluir con los trámites para obtener la actualización de los instrumentos jurídicos, así como su autorización y publicación" derivado de la Actualización del reglamento interior de la Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo; con respecto al "1.3 Los objetivos y metas institucionales derivados del Plan Estatal de Desarrollo están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento" con la intención de "Presentar los instrumentos normativos o en su caso evidencia de las gestiones que se están llevando a cabo, con el fin de que estén alineados a los planes y objetivos, institucionales, Así como la evidencia que las metas y objetivos son comunicados" refirió comunicar el Plan Estatal de Desarrollo, Programa Sectorial Salud para Todos, programas presupuestales del ejercicio fiscal 2024 con sus matrices e indicadores; Asimismo el "1.5.- Existe un Código de Conducta que orienta la actuación de los servidores públicos en función de los principios y valores éticos establecidos por el Gobierno del Estado" con el objetivo de "realizar las acciones correspondientes para la firma de las cartas compromiso de los servidores públicos adscritos a la JASP" mediante la firma de las cartas compromiso y comunicación del Código de Conducta.

5.3. Secretaría de Salud. En uso de la voz, la L.A.E. Yaremi Alpuche Pajón, Jefa del Departamento de Programación y Modernización Administrativa, indicó que derivado de los resultados del informe anual se elaboraron tres adicionales a los presentados con anterioridad derivados de las oportunidades de mejora detectadas durante la integración del informe, entre los cuales ya se encontraba incluido "La Difusión a los proveedores de los Servicios Estatales de Salud del Código de Ética, así como el Código de Conducta". Expuso los proyectos: "Las y los servidores públicos conozcan las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública" cuyo objetivo consiste en "Capacitar a las y los servidores públicos sobre las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades para una gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos", como segundo PTCI "Difundir la Metodología establecida para el cumplimiento de las Etapas para la Administración de Riesgos" este se realizó con el propósito de minimizar los riesgos que surgen durante los procesos. Los tres TPCI presentados ya se encuentran en el proceso de ejecución; se ha logrado un cumplimiento satisfactorio hasta el momento por parte de las áreas con respecto a la difusión y han presentado la evidencia requerida; derivándose el Acuerdo 4/COCODI-SSA/IIEORD/2024 Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional validar los PTCI presentados. Se integra detalle como ANEXO 3.

**PUNTO NÚMERO 6. LECTURA Y APROBACIÓN DE LOS ACUERDOS DE LA SESIÓN.**

En uso de la voz, la Mtra. Paola Y. Ovando Rivera procedió a dar lectura a los acuerdos generados durante la sesión:-

**Acuerdo 1/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Se da por instalada la Segunda Sesión Extraordinaria 2024 del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).

**Acuerdo 2/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional aprueban por unanimidad de votos el Orden del Día.

**Acuerdo 3/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Se da por presentado los Resultados de la evaluación del Informe Anual realizada por el Órgano Interno de Control de la Institución o en su caso, por el representante designado por la Secretaría de la Contraloría.

X  
/

2

1

A

X

g

o

o

R



**Acuerdo 4/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional presentación o validación revisar en los lineamientos de acuerdo a los numerales por sesión los PTCI presentados.  
**Acuerdo 5/COCODI-SSA/IIEORD/2024** Las y los integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional aprueban los acuerdos de la sesión. -----

**PUNTO NÚMERO 7. CLAUSURA DE LA SESIÓN.** -----

En continuidad en uso de voz del M.S.P. **Jorge Zaragoza Delgado**, agradece a las y los integrantes de este Comité su asistencia y da por clausurada la Segunda Sesión Extraordinaria 2024 del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Secretaría de Salud, siendo las quince horas del viernes veinticuatro de mayo del 2024. -----

**Integrantes del Comité de Control y Desempeño Institucional**

M.S.P. **Jorge Zaragoza Delgado**,  
en representación del **Lcdo. Flavio Carlos Rosado**,  
Secretario de Salud y Presidente del Comité de  
Control y Desempeño Institucional.

Mtra. **Paola Y. Ovando Rivera**,  
en representación del M.S.P. **Jorge Zaragoza Delgado**,  
Secretario Técnico del COCODI y Encargado de la Dirección  
de Planeación, Calidad y Archivo.

**Vocales**

C. **David Gastón IV Pérez Muñoz**,  
en representación del **Lcdo. Carlos Rafael Pech Be**,  
Titular del Órgano Interno de Control  
y Vocal.

Mtro. **Juan de la Cruz Chulin Yam**,  
Auditor Especial y Asignado de la Secretaría de la  
Contraloría y Vocal.

Mtra. **Kristal Palacios Mar**,  
en representación del **Mtro. Guillermo Alberto Pinto Aguilar**,  
Director de Administración y Vocal.

Lcda. **Ana Dolores Villarruel Castillo**,  
en representación del **Mtro. José Manuel Celmo Cocom**,  
Director de Normatividad y Asuntos Jurídicos y Vocal.



Mtra. Kleily Gabriel Buceño Buenrostro,  
en representación de la C. Claudia Gómez Verduzco,  
Directora General de la Administración del Patrimonio  
de la Beneficencia Pública y Vocal.

Ldo. Eduardo Adad Rodríguez Cabrera,  
en representación de la C. Anibal de Jesús Ramírez Canche,  
Delegado Ejecutivo de la Junta de Asistencia Social Privada y  
Vocal.

L.C. Brenda Mayrel González Flores,  
en representación del Mtro. Jesús Ricardo Ayala Ramírez,  
Subsecretario de Análisis Económico y Finanzas Públicas de la  
Secretaría de Finanzas y Planeación y Vocal.

Invitada

Mtra. Karina María Cituk Osalde,  
Presidenta del Comité de Ética y Prevención de Conflicto de Interés.

La presente hoja de firmas forma parte del acta de la Segunda Sesión Extraordinaria celebrada el veinticuatro de mayo del año dos mil veinticuatro, del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Secretaría de Salud.





SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

## ANEXO 2

### **4 Presentación del Resultado de la evaluación del Informe Anual realizada por el Órgano Interno de Control de la Institución o en su caso, por el representante designado por la Secretaría**



SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

### **4.1 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública**

*[Handwritten signatures and marks on the right margin]*



SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

ESTADO DE QUINTANA ROO  
SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA  
CALLE DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO  
CALLE 25 DE MAYO S/N. C. GUAYMAS, Q. ROO. C. P. 97000  
TELÉFONO: (997) 731 1000 FAX: (997) 731 1001  
WWW.SECRETARIADELAcontraloria.gob.qr.mx

MIC. CLAUDIA GÓMEZ FERRAZ  
DIRECCIÓN GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO  
DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.  
PRESENTE.

En atención al oficio número SECO/SE/SA/CA/CC/0000000000000000 de fecha 11 de marzo del año en referencia y con fundamento en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, se le informa que el Sistema de Control Interno Institucional de la Administración del Patrimonio de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo, se encuentra en proceso de evaluación por parte de la Secretaría de la Contraloría General de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo, a fin de determinar el nivel de madurez del mismo y emitir el informe correspondiente.

Por lo anterior, se le solicita que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, comparezca a la Secretaría de la Contraloría General de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo, para dar cumplimiento a lo solicitado.

En caso de no comparecer, se entenderá que no tiene objeciones a lo solicitado y se procederá a emitir el informe correspondiente.

ATENTAMENTE

*[Handwritten signature]*  
MIRA JUSTA DE LA CRUZ, Claudia Yem.  
Auditor Especial

ESTADO DE QUINTANA ROO  
SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA  
CALLE DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO  
CALLE 25 DE MAYO S/N. C. GUAYMAS, Q. ROO. C. P. 97000  
TELÉFONO: (997) 731 1000 FAX: (997) 731 1001  
WWW.SECRETARIADELAcontraloria.gob.qr.mx

RECIBIDO  
03 MAR 2024  
DIRECCIÓN GENERAL



SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Contenido

I. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN ..... 1  
II. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN ..... 1  
1. Componente "Ambiente de Control" ..... 2  
2. Componente "Administración de Riesgos" ..... 4  
3. Componente "Actividades de Control" ..... 4  
4. Componente "Información y Comunicación" ..... 5  
5. Componente "Supervisión" ..... 6  
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES ..... 7

El Sistema de Control Interno Institucional de la Administración del Patrimonio de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo, se encuentra en proceso de evaluación por parte de la Secretaría de la Contraloría General de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo, a fin de determinar el nivel de madurez del mismo y emitir el informe correspondiente.

1. Componente "Ambiente de Control"  
Se presenta un extracto de la información que se obtuvo durante el proceso de evaluación, de los cuales tienen notación de mejora propuesta y observaciones más relevantes.

Tabla de Evaluación de Control Interno a Nivel Alto

Detalle	Criterio de Evaluación	Resultado de la Evaluación	Nivel de Madurez	Observaciones
1.1. El ambiente de control...	Existencia de políticas...	Existencia de políticas...	Baja	Se requiere...
1.2. El ambiente de control...	Existencia de políticas...	Existencia de políticas...	Baja	Se requiere...
1.3. El ambiente de control...	Existencia de políticas...	Existencia de políticas...	Baja	Se requiere...
1.4. El ambiente de control...	Existencia de políticas...	Existencia de políticas...	Baja	Se requiere...
1.5. El ambiente de control...	Existencia de políticas...	Existencia de políticas...	Baja	Se requiere...

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

*[Large handwritten signature and initials on the left margin of the first page.]*



Del componente "Actividades de Control", sus diez elementos de control que se...

Para continuar, se manifiesta las particularidades de algunos elementos evaluados:

En relación con los elementos de control 11 y 12 que tienen relación con la gestión y...

En relación a los elementos de control 11, 16 y 17 referentes al Código de Conducta y...

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



3. Componente "Actividades de Control"

Se presenta la información evaluada más relevante, con base en el documento...

Table with 5 columns: Elemento de Control, Grado de cumplimiento, etc.

Del componente "Actividades de Control", sus diez elementos que se evalúan y se...

3. Componente "Actividades de Control"

Se presenta la información evaluada más relevante, con base en el documento...

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



Table with 5 columns: Elemento de Control, Grado de cumplimiento, etc.

En el componente de "Actividades de Control", no se presentaron observaciones...

Para continuar, se manifiesta las particularidades de algunos elementos evaluados:

Referente al componente 3.1 que tiene relación al seguimiento por parte del CODCI...

4. Componente "Información y Comunicación"

Se presenta la información evaluada más relevante, con base en el documento...

Table with 5 columns: Elemento de Control, Grado de cumplimiento, etc.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



Del componente "Información y Comunicación", sus diez elementos que se evalúan y se...

Para continuar, se manifiesta las particularidades de los elementos evaluados:

En relación al elemento 11 que tiene relación con el mecanismo de difusión de...

5. Componente "Supervisión"

Se presenta la información evaluada más relevante, con base en el documento...

Table with 5 columns: Elemento de Control, Grado de cumplimiento, etc.

Del componente "Supervisión", sus cinco elementos que se evalúan y se observa que...

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



aprobada y lleva a cabo las acciones de mejora propuestas para la obtención de resultados inmediatos.

Para continuar, se manifiesta la pertinencia de las recomendaciones.

En relación al elemento identificado con el número 33, que refiere al programa de trabajo para la evaluación y resultados del Sistema de Control Interno, se evalúa como "insuficiente" su grado de instrumentación, con evidencia por el hecho de que no se presenta la normatividad aplicable. Debido a ello, se propone como acción de mejora, que deberá realizarse el programa de trabajo para evaluar la calidad y monitoreo del Sistema de Control Interno Institucional (SCI), así mismo se recomienda el fortalecimiento y seguimiento a los actuales establecidos, promoviendo la certeza, legalidad, eficacia, eficiencia, transparencia y honestidad en las acciones prácticas de los servidores públicos adscritos a la ASFAECI, como acción de mejora, que igual se ha recomendado la actualización de sus instrumentos normativos.

**III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES**

En consideración con la evidencia documental presentada en relación al documento conocido como la "Matriz de Control para la Ejecución de Actividades" con el objetivo de realizar la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCI) del Consejo Quincuagésimo de Ciencia y Tecnología y presentar los resultados en un documento conocido como "Estado de Evaluación del Control Interno", se observa que la implementación del Sistema de Control Interno Institucional (SCI) está en un grado de instrumentación "insuficiente" y "insuficiente", con evidencia razonable de acuerdo a la evidencia aportada, por lo que la implementación del Sistema de Control Interno Institucional se encuentra en proceso y en funcionamiento.

Se recomienda conocer y estudiar la normatividad en materia de control interno para estar en la posibilidad de adoptar acciones para la obtención de resultados para lograr un trabajo más eficiente en el Consejo es importante señalar que se deberá en el momento de control con un grado de instrumentación "insuficiente" para lo cual el Consejo Quincuagésimo de Ciencia y Tecnología, deberá llevar a cabo las acciones necesarias para elevar el grado de instrumentación de esos instrumentos de control.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



Se destaca el esfuerzo de los avances en control interno, del cual se inició con poca experiencia, pero con la asistencia de las capacitaciones que se han efectuado y que los responsables servidores públicos designados han cumplido, tomando en cuenta que la materia es nueva.

Por lo tanto se presenta un extracto de los resultados obtenidos en la materia en el año.

Índice	Resultados
Avance de Control	00.50
Administración de Riesgos	00.00
Acciones de Control	00.00
Monitoreo y Control	00.00
Seguimiento	00.00
TOTAL	00.00

Es importante señalar que se identificaron las fortalezas, así como las debilidades del Sistema de Control Interno Institucional en el momento de la evaluación, con la finalidad de realizar propuestas para una mejor gestión con las debidas acciones preventivas y que permita establecer las controladas y aseguradas cultura institucional en materia de control interno, considerando en todo momento la eficiencia y eficacia en las operaciones del servicio.

Para finalizar, durante de esta evaluación se deberá recibir las adecuaciones y modificaciones pertinentes al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), que fue presentado en la sesión del Consejo de Control y Ejecución Institucional (COCECI), así como a los PTCI de cada uno de los elementos de control que carecen de acciones de mejora en el documento conocido como "Estado de Evaluación del Control Interno" en su caso de las acciones a instrumentar que tienen necesidades.

Como consecuencia, que deberá suscribirse en caso de ser necesaria el programa de trabajo de Control Interno que se realizó en la Sesión Ordinaria del COCECI, tomando en cuenta, que de acuerdo a los Directivos el contenido del programa de trabajo de Control Interno deberá ser igual al asignado a la acción de mejora a instrumentar.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



Las adecuaciones y modificaciones se deberán presentar en la sesión correspondiente del COCECI de acuerdo con lo que establece el artículo 24 del Acuerdo por el cual se otorgan los Lineamientos para Integración y Funcionamiento de los Comités de Control y Ejecución Institucional para la Administración Pública Central y Departamental del Estado del Quindío.

En este asunto en particular, me es grato hacer presente la opción para estudiar un control interno.

ATENTAMENTE

Mtro. Juan de la Cruz Chulín Viera  
Auditor Especial

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

Contenido

I. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN
II. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
1. Componente "Ambiente de Control"
2. Componente "Administración de Riesgos"
3. Componente "Actividades de Control"
4. Componente "Información y Comunicación"
5. Componente "Supervisión"
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES



INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

Table with 2 columns: Nombre del Ente Público, Dirección de Evaluación, Concepción, Evaluación del sistema de Control Interno Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, and Evaluación del sistema de Control Interno Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

I. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN

Primera.- Mediante oficio número SECOB/SAG/COMUNICACION/0001/2024 de fecha 01 de marzo de 2024... Segunda.- Mediante el oficio con número SECOB/SAG/COMUNICACION/0001/2024 de fecha 01 de marzo de 2024... Tercera.- En mérito del oficio ADABSI/COMUNICACION/0001/2024 de fecha 26 de marzo del presente año...

II. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

Con fundamento en los artículos 1, 6, 9, 36 fracción II y 38 del Acuerdo por el que se ordena las reformas Constitucionales de Control Interno para la Administración Pública Central y descentralizada y los artículos 1, 6, 7 fracción III fracción I y 38 del Acuerdo por el que se emiten los lineamientos para la integración y funcionamiento de las Comités de Control y Desempeño Institucional para la Administración Pública Central y descentralizada...

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

1. Componente "Ambiente de Control"
Se presenta un extracto de la información publicada relevante, con base en el documento denominado "Código de Evaluación de Control Interno", de los cuales tienen acciones de mejora propuestas y observaciones más relevantes.

Código de Evaluación de Control Interno a Nivel Procesal

Table with 5 columns: Elemento, Descripción, Clasificación, Estado de cumplimiento, Observaciones. It details the evaluation of various control elements like 'Ambiente de Control', 'Administración de Riesgos', 'Actividades de Control', 'Información y Comunicación', and 'Supervisión'.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA



Table with 2 columns: Nombre del Ente Público, Dirección de Evaluación, Concepción, Evaluación del sistema de Control Interno Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, and Evaluación del sistema de Control Interno Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Del componente "Ambiente de Control", son cinco elementos de control que se evalúan y se observa que se tiene un avance de instrumentación de "En diseño" y "Ejecución" en la mayoría de los elementos...

Para continuar, se mantiene las particularidades de algunos elementos evaluados

En relación con el elemento de control 12, 13, 14, 15, que tienen relación con la cultura organizacional que define la misión y la responsabilidad, en concordancia con el grado de instrumentación en "Ejecución", por lo que se recomienda que en caso de contar con la información actualizada presentarla y en su caso emitir un reporte o notificar el PTO establecido para atender las acciones de mejora y presentarlo en la sesión correspondiente del CGCDD.

2. Componente "Administración de Riesgos"

Se presenta la información evaluada más relevante, con base en el documento denominado "Código de Evaluación de Control Interno", de los cuales tienen acciones de mejora propuestas y observaciones por cada elemento.

Table with 5 columns: Elemento, Descripción, Clasificación, Estado de cumplimiento, Observaciones. It details the evaluation of risk management elements.

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA





Es importante señalar que en identificación de fortalezas, así como las debilidades del Sistema de Control Interno Institucional (SCI) en el transcurso de la evaluación, sea la finalidad de realizar propuestas para una mejoría continua con las debidas acciones participativas y que permita establecer un compromiso y responsabilidad cultura institucional en materia de control interno, considerando en todo momento la eficacia y efectividad en los apartados de la misma.

Para el mejoramiento de esta evaluación se deberá realizar las adecuaciones y modificaciones pertinentes al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI, que fue presentado en la sesión del Consejo de Control y Desarrollo Institucional (CCODI), así como el haber el PTCI de cada uno de los elementos de control que carecen de acciones o mejoramiento, los cuales han sido propuestos por parte del suscrito como acciones de mejora para el desarrollo conocido como "Código de Fortalezas de Control Interno a Nivel Procesal" o en su caso de las acciones a implementar que fueron consideradas.

Como hacer mención, que deberá registrarse en caso de ser necesario, el programa de Trabajo de Control Interno que se realizó en la Sesión Ordinaria del CCODI, tomando en cuenta, que de acuerdo a los fundamentos al nombre del programa del Programa de Trabajo de Control Interno deberá ser igual al asignado a la sesión de trabajo a realizarse.

Las adecuaciones y modificaciones se deberán presentar en la sesión correspondiente al CCODI de acuerdo con lo que establece el artículo 34 del Acuerdo por el cual se crean los Comités para Integración y Funcionamiento de los Comités de Control y Desarrollo Institucional para la Administración Pública Central y Periférica del Estado de Quintana Roo.

En este punto en particular, me es grato haber prologado la sesión para emitir un resultado.

ATENTAMENTE

Mtro. Juan de Dios Chail Yero,  
Auditor Encargado

SECRETARÍA DE LA  
CONTABILIDAD



SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

## 4.2 Junta de Asistencia Social Privada

Handwritten notes and signatures on the right margin, including a large signature at the bottom right.







Referencia al final de la página, desde donde se proceda a la evaluación correspondiente, para tener a la mano que se elabora bajo el formato de la actual convocatoria.

Dada la naturaleza de esta convocatoria y el carácter de la misma, se establece lo siguiente:

Para que el participante, al presentar su oferta, se comprometa a cumplir con el programa de actividades que se establezca en el marco de la convocatoria, el participante deberá presentar como requisito el acta de constitución del comité de seguimiento y evaluación de la oferta, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

4. Componente "Información y Capacitación"

Se presenta la información relativa más relevante con base en el documento "Programa de actividades de capacitación y asistencia técnica" de la convocatoria.

Table with 5 columns: Modalidad, Objetivo, Descripción, Responsables, and Observaciones. It details the training and technical assistance program for the tender.

Con esta página "Información y Capacitación", con este formato que se elabora y se entrega en el momento de la presentación de la oferta, el participante se compromete a cumplir con el programa de actividades que se establezca en el marco de la convocatoria, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.



Referencia al final de la página, desde donde se proceda a la evaluación correspondiente, para tener a la mano que se elabora bajo el formato de la actual convocatoria.

5. Componente "Ejecución"

Se presenta la información relativa más relevante con base en el documento "Programa de actividades de ejecución de la oferta" de la convocatoria.

Table with 5 columns: Modalidad, Objetivo, Descripción, Responsables, and Observaciones. It details the execution program for the tender.

Con esta página "Ejecución", con este formato que se elabora y se entrega en el momento de la presentación de la oferta, el participante se compromete a cumplir con el programa de actividades que se establezca en el marco de la convocatoria, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

En relación a los elementos identificables con los artículos 88 y 89, con referencia a los programas de trabajo de Control Interno y al cumplimiento de los requisitos en materia de control interno, se informa que el participante deberá presentar el acta de constitución del comité de seguimiento y evaluación de la oferta, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

Handwritten signature

Handwritten signature



Referencia al final de la página, desde donde se proceda a la evaluación correspondiente, para tener a la mano que se elabora bajo el formato de la actual convocatoria.

6. Componente "Ejecución"

Se presenta la información relativa más relevante con base en el documento "Programa de actividades de ejecución de la oferta" de la convocatoria.

Con esta página "Ejecución", con este formato que se elabora y se entrega en el momento de la presentación de la oferta, el participante se compromete a cumplir con el programa de actividades que se establezca en el marco de la convocatoria, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

En relación a los elementos identificables con los artículos 88 y 89, con referencia a los programas de trabajo de Control Interno y al cumplimiento de los requisitos en materia de control interno, se informa que el participante deberá presentar el acta de constitución del comité de seguimiento y evaluación de la oferta, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

Table with 5 columns: Modalidad, Objetivo, Descripción, Responsables, and Observaciones. It details the execution program for the tender.



Referencia al final de la página, desde donde se proceda a la evaluación correspondiente, para tener a la mano que se elabora bajo el formato de la actual convocatoria.

Se presenta la información relativa más relevante con base en el documento "Programa de actividades de ejecución de la oferta" de la convocatoria.

Con esta página "Ejecución", con este formato que se elabora y se entrega en el momento de la presentación de la oferta, el participante se compromete a cumplir con el programa de actividades que se establezca en el marco de la convocatoria, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

En relación a los elementos identificables con los artículos 88 y 89, con referencia a los programas de trabajo de Control Interno y al cumplimiento de los requisitos en materia de control interno, se informa que el participante deberá presentar el acta de constitución del comité de seguimiento y evaluación de la oferta, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

En otro punto en materia, se le informa que se debe presentar el acta de constitución del comité de seguimiento y evaluación de la oferta, el cual deberá ser elaborado por el participante y deberá ser firmado por el representante legal del participante y la autoridad de los servicios de la Secretaría de Salud.

ATENTAMENTE

Letra Juan de la Cruz Chavira Treviño, Director General de Servicios Estatales de Salud

Handwritten signature

Handwritten signature



**SECRETARÍA DE LA  
CONTROLADORA**

**INDICADOR DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
INSTITUCIONES DE LA JUNTA DE ASISTENCIA SOCIAL PRIVADA DE QUINTANA ROO**

Contenido

X ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN

I EVUATUACIÓN DE LA EVALUACIÓN

1. Componente "Ambiente de Control"..... 3
2. Componente "Administración de Riesgos"..... 5
3. Componente "Actividades de Control"..... 4
4. Componente "Integridad y Comprobación"..... 6
5. Componente "Supervisión"..... 7

II CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CLAVES



**SECRETARÍA DE SALUD  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

**REGIONAL DE CALIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

<b>UNIDAD DE CONTROL PÚBLICO</b> Secretaría de Salud Calle 19 de Septiembre 1000, 97000, Mérida, Yucatán, México	<b>Unidad de Evaluación</b> SECRETARÍA DE SALUD Calle 19 de Septiembre 1000, Mérida, Yucatán, México
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN**

Primera.- Mediante el Oficio Número SE/SECRETARÍA/SGCAG/10/04/19/024 (republicado el 15 de marzo de este año) se comunicó al Sr. Juan de la Cruz Torres, Director de la Gerencia del Control Interno de la Secretaría de Salud, la solicitud de que el día 15 de marzo del mismo año, se iniciara la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional de la Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo, la cual se desarrolló con la colaboración del personal de esta institución.

Segunda.- Mediante el Oficio con Número SE/SECRETARÍA/SGCAG/10/04/19/024 (republicado el 15 de marzo de este año) se comunicó al Sr. Juan de la Cruz Torres, Director de la Gerencia del Control Interno de la Secretaría de Salud, la solicitud de que el día 15 de marzo del mismo año, se iniciara la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional y se solicitó la información y asistencia documental del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional con respecto al grado de implementación de cada uno de los elementos de control de la Ley de Control Interno Institucional y sus Reglamentos.

Tercera.- Por medio del Oficio SE/SECRETARÍA/SGCAG/10/04/19/024 (republicado el 15 de marzo de este año) se comunicó al Sr. Juan de la Cruz Torres, Director de la Gerencia del Control Interno de la Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo, la solicitud de que el día 15 de marzo del mismo año, se iniciara la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

**II. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN**

Con fundamento en los artículos 1, 6, 9, 16, Fracción II y 30 del Acuerdo por el que se crean las Unidades Ejecutivas de Control Interno para la Administración Pública Federal y sus Reglamentos, el 7 de febrero de 2019 y el artículo 11 del Acuerdo por el que se crean los Organismos para la Integración y Fortalecimiento de los Centros de Control y Transparencia Institucional para la Administración Pública Federal y sus Reglamentos, así como en la información y evidencia documental recibida por parte de la Junta de Asistencia Social Privada de Quintana Roo, con lo cual se concluye el grado de implementación implementado por el Sistema de Control Interno Institucional en relación con:

**SECRETARÍA DE LA  
CONTROLADORA**



**SECRETARÍA DE LA  
CONTROLADORA**

**INDICADOR DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

Contenido

X ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN

I EVUATUACIÓN DE LA EVALUACIÓN

1. Componente "Ambiente de Control"..... 3
2. Componente "Administración de Riesgos"..... 5
3. Componente "Actividades de Control"..... 4
4. Componente "Integridad y Comprobación"..... 6
5. Componente "Supervisión"..... 7

II CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CLAVES



**SECRETARÍA DE SALUD  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

**REGIONAL DE CALIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

<b>UNIDAD DE CONTROL PÚBLICO</b> Secretaría de Salud Calle 19 de Septiembre 1000, 97000, Mérida, Yucatán, México	<b>Unidad de Evaluación</b> SECRETARÍA DE SALUD Calle 19 de Septiembre 1000, Mérida, Yucatán, México
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN**

Del componente "Ambiente de Control", son cinco elementos de control que se verificaron y se observó que se tiene un avance de implementación de "medios" y "en diseño" en la mayoría de los aspectos y que en la mayoría se encuentra documental, así como que se están en proceso de elaboración, actualización y perfeccionamiento las acciones de mejora propuestas y observaciones recibidas, se recomienda realizar las acciones de gestión y se sugiere complementarlas para la implementación de los elementos de control y sus reglamentos normativos.

En relación con el elemento de control 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, que están asociados con la estructura organizacional que define la autoridad y responsabilidad, se concluye que el grado de implementación es "medios" y "en diseño", por lo que se sugiere realizar acciones de gestión para que se observen los deberes establecidos y en caso contrario de conformidad o respecto al PISO establecido para atender las acciones de mejora y presentar en la instancia correspondiente del ICDOG.

**2. Componente "Administración de Riesgos"**

Se presenta la información referente a los riesgos, con base en el documento denominado "Manual de Evaluación de Control Interno a Nivel Procesal", de los cuales tienen acciones de mejora propuestas y observaciones por cada elemento.

**SECRETARÍA DE LA  
CONTROLADORA**



Elemento	Objetivo	Indicador	Medio de Verificación	Observaciones
1.1. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.
1.2. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.

Del componente "Atención al Paciente", son cuatro elementos que se analizaron y se observa que se tiene un avance de implementación "Avanzado" y "Documentado" y que presenta evidencia documental para, a su vez, en base al documento consultado (Plan de Control para la Atención al Paciente) en donde se detallan los aspectos a implementar.

En cuanto a las particularidades del elemento evaluado, investigado a mayor se tiene lo siguiente:

En relación con los elementos identificados con los números 1.1, 1.2, y 1.3, en el grado de implementación evaluado sobre "Avanzado" y "Documentado", la información proporcionada es de manera parcial sobre los datos presentados, siendo correspondiente al periodo 2023 en el cual se comunicó riesgo, la falta de evidencia que acredite estos procedimientos, por lo que se recomienda realizar cursos, talleres de capacitación de riesgo, asistencia de calidad, desarrollo de metodología para la identificación y evaluación de riesgos de proceso, así mismo presentar las causas correspondientes relacionadas al Código de Conducta de los servidores públicos identificados y la conformidad con la normatividad establecida en materia de control interno.

**3. Componente "Actividades de Control"**

Se presenta la información evaluada más relevante con base al documento denominado "Código de Evaluación de Control Interno a Nivel Proceso", de los cuales deben obtenerse de mejora propuestas y observaciones más relevantes que se detallan en el siguiente cuadro.



**SECRETARÍA DE SALUD**    **SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

Elemento	Objetivo	Indicador	Medio de Verificación	Observaciones
1.1. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.
1.2. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.
1.3. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.

**SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA**



Elemento	Objetivo	Indicador	Medio de Verificación	Observaciones
4.1. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.
4.2. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.

Del componente "Actividades de Control" de la Mesa de Control para Vigilancia a Nivel Proceso, son dos los elementos que se analizaron, en el grado de implementación evaluado sobre "Avanzado" y "Documentado" en la mayoría de los elementos y que se observó evidencia documental en paralelo, lo anterior con base al documento consultado (Plan de Control para la Atención al Paciente), esto se debió a que sus documentos normativos, algunos en proceso de actualización y demás (talleres y asistencia a los centros de control interno) establecidos, así como el mismo con los países involucrados.

**4. Componente "Información y Comunicación"**

Se presenta la información evaluada más relevante con base al documento denominado "Código de Evaluación de Control Interno a Nivel Proceso", de los cuales deben obtenerse de mejora propuestas y observaciones más relevantes que se detallan en el siguiente cuadro.



**SECRETARÍA DE SALUD**    **SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

**5. Componente "Supervisión"**

Se presenta la información evaluada más relevante con base al documento denominado "Código de Evaluación de Control Interno a Nivel Proceso", de los cuales deben obtenerse de mejora propuestas y observaciones más relevantes que se detallan en el siguiente cuadro.

Elemento	Objetivo	Indicador	Medio de Verificación	Observaciones
5.1. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.
5.2. El proceso de selección de personal para el área de atención al paciente en el Hospital General de México.	Seleccionar personal calificado y con experiencia para el área de atención al paciente.	Existencia de un proceso de selección de personal que asegure la calidad del servicio.	Revisión de los expedientes de selección de personal.	Se observó que el proceso de selección de personal no cuenta con un procedimiento formalizado, lo que puede afectar la calidad del servicio.

Del componente "Supervisión", son tres elementos que se analizaron y se observa que se tiene un avance de implementación de "Avanzado" presentando evidencia documental parcial, por lo que se recomienda implementar y verificar las acciones internas implementadas por lo que se recomienda presentar evidencia documental del avance y seguimiento a las observaciones realizadas por los diferentes áreas involucradas.

**16. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES**

En concordancia con la evidencia documental presentada en relación al documento consultado (Plan de Control para la Atención al Paciente), así como el grado de avance de la evaluación del Proceso "Atención al Paciente" y "Código de Riesgo" de la Mesa de Atención Social Durante el Gobierno Pro Tempore, se observó que este proceso sobre "Documentado" y "Avanzado" en su mayoría con evidencia documental, por lo que se hace la recomendación de actualizar y publicar las instrucciones normativas que rigen la mesa de control interno, así como otorgar las responsabilidades de los servidores públicos y su intervención en los procesos, reforzar el funcionamiento del proceso a través de programas académicos y fortalecer los aspectos de control interno establecidos, logrando el cumplimiento oportuno de las planes y acciones por atender y ejecutar.

De acuerdo al avance de los avances en control interno se presenta un avance de los resultados obtenidos en la materia involucrada.



SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Atención de Salud	24.00
Atención de Emergencia	20.00
Atención de Consulta	37.00
Atención de Hospitalización	17.00
Atención de Cirugía	60.00
<b>Total</b>	<b>168.00</b>

La información contenida en este informe de auditoría, así como los datos estadísticos del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) que se detallan en el presente, son de carácter confidencial y no deben ser divulgados a terceros. Toda información de los instrumentos jurídicos, en el caso de ser necesario, se deberá proporcionar para una mejor comprensión con las personas interesadas y que permita establecer una cultura institucional en materia de control interno, considerando en todo momento la eficiencia y eficacia en las operaciones de los servicios estatales en la institución.

Para finalizar, derivado de esta evaluación se deberá realizar las adecuaciones y modificaciones pertinentes al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) que fue presentado en la sección del Comité de Control y Riesgo Institucional (CCORI), así como al Plan de PTCI de cada uno de los elementos de control que corresponden a las dependencias, los cuales han sido programados en la presente evaluación como acciones de mejora en el documento conocido como "Plan de Evaluación de Control Interno". Muy importante en su caso de las acciones instrumentales que deben realizarse.

Como hacer mención que deberá modificarse en caso de ser necesario, el programa de Trabajo de Control Interno que se rige en la Ley Ordinaria del COCOA, siempre es necesaria la actualización de los mismos, las adecuaciones y modificaciones de carácter preventivo a la gestión institucional del control.

Se con acuerdo en particular, me es grato haber podido la ocasión para analizar en profundidad.

ATENTAMENTE

Mtro. Juan de la Cruz Chacón Viera  
Auditor Estatal

SECRETARÍA DE SALUD  
CONTRALORIA

*Handwritten signature and initials on the right margin of the first page.*



SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

### 4.3 Secretaría de Salud

*Large handwritten signature and initials on the right margin of the second page.*

## Resultados de la Evaluación de Control Interno del ejercicio 2023

**Nivel Alto 85 %**

### Nivel Proceso

Cédula de Evaluación	Calificación
<del>Recepcionar artículos para la conformación de la Revista Salud Quintana Roo</del>	<del>78 %</del>
Actualización el Manual de Organización	78 %



SECRETARÍA DE SALUD    SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

## 4.4 Servicios Estatales de Salud

## Resultados de la Evaluación de Control Interno del ejercicio 2023

Nivel Alto 85 %

### Nivel Proceso

Cédula de Evaluación	Calificación
AutORIZACIONES Sanitarias	78 %
Actualización el Manual de Organización	78 %
Atender las acciones preventivas que derivan de observaciones de auditorías	78 %

pa



SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

## ANEXO 3

### 5 Presentación y Validación de las modificaciones al PTCI.



SECRETARÍA  
DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

### 5.1 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

*Handwritten signatures and initials on the right margin of the page.*



SECRETARÍA DE SALUD    SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	Evaluar el cumplimiento del Código de Conducta y temas de integridad.			
<b>Objetivo</b>	Fomentar y fortalecer la actuación de los servidores públicos en función de los principios y valores éticos establecidos por el Gobierno del Estado.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
Se realiza la evaluación del cumplimiento por parte de los Integrantes del COEPCI		01/01/2024	31/12/2024	Actas firmadas de las sesiones del COEPCI con anexos comprobatorios
				Los oficios de invitación a las sesiones del COEPCI, donde se especifique dicha evaluación.

*[Handwritten signature and initials]*



SECRETARÍA DE SALUD    SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	Capacitación del personal responsable de los procesos sobre la Metodología de Administración de Riesgos.			
<b>Objetivo</b>	Mejorar el Control Interno de la APABEP en la identificación de riesgos e implementación de los controles para disminuirlos y mejorar los procesos internos.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
Capacitar sobre las Normas Generales de Control Interno, a los Servidores Públicos adscritos a la APABEP.		01/01/2024	31/12/2024	Oficio de comunicación de curso a los servidores públicos
				Listas de asistencia, evidencia fotográfica

*[Handwritten signature and initials]*

*[Handwritten signature]*

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Elaborar el proyecto de los Lineamientos para regular el proceso de ingreso de personal				
<b>Objetivo</b>	Evaluar la competencia profesional de los candidatos a ocupar un puesto en la Institución.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Elaborar el proyecto de lineamientos para el proceso de ingreso de personal	01/01/2024	31/12/2024	Documento	Documento aprobado por las Instancias competentes

[Handwritten signature and notes on the right margin]

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Contar con un sistema de información que de manera integral, oportuna y confiable permita a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones.				
<b>Objetivo</b>	Agilizar y eficientar los procesos para seguimiento y toma de decisiones.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Uso de tecnologías de información para la agilización y optimización del tiempo en el desarrollo de las actividades	01/01/2024	31/12/2024	Nombres de sistemas	Plantillas y/o enlace, en su caso.



SECRETARÍA DE SALUD | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	Operan mecanismos para informar a las instancias superiores (Comité de Ética, Órganos de Gobierno de las Entidades), de actos contrarios a la ética y conducta Institucional.			
<b>Objetivo</b>	Cumplir con la normatividad establecida y disminuir acciones que vayan contra la ética y conducta institucional	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024	
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>	Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Implementar mecanismos para Informar a las instancias superiores correspondientes en caso de existir actos contrarios a la ética y conducta institucional.	01/01/2024	31/12/2024	Oficios Informando Acuses

*[Handwritten signature]*



SECRETARÍA DE SALUD | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	Los objetivos y metas del Plan Estratégico son comunicadas a las áreas responsables de su cumplimiento y se les da seguimiento			
<b>Objetivo</b>	Fortalecer y dar seguimiento a los controles Internos establecidos	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024	
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>	Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
	Hacer del conocimiento a los titulares o responsables del cumplimiento de las metas y objetivo, que estos están siendo logrados en avances porcentuales.	01/01/2024	31/12/2024	Reportes Reportes y/o acuses firmados

*[Handwritten signature]*

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Se atienden las observaciones y recomendaciones de los auditores externos e internos relativas al control interno, dentro de los plazos convenidos.				
<b>Objetivo</b>	Implementar acciones de mejora de acuerdo con las observaciones de las auditorías para fortalecer y dar continuidad a los sistemas de control interno implementados.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/10/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director de Administración, Finanzas, de Archivos y Mejora Regulatoria.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicia</b>	<b>Término</b>		
1	Presentar oficios de conclusión de informes emitidos por otros entes fiscalizadores de acuerdo a la normatividad vigente que aplique.	01/05/2024	31/10/2024	Informe de resultados	Acuses y acta de sesión de COCODI

Handwritten signature and initials on the right margin of the first table.

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<h2>5.2 Junta de Asistencia Social Privada</h2>					

Handwritten signature and initials on the right margin of the second table.



<b>Nombre del Proyecto</b>	1.1 La misión, visión y metas Institucionales existen y están alineados al Plan Estatal de Desarrollo.				
<b>Objetivo</b>	Continuar y concluir con los trámites para obtener la actualización de los instrumentos jurídicos, así como su autorización y publicación.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Actualización del reglamento interior de la JASP.	01/01/2024	31/12/2024	Reglamento interior actualizado	Proyecto de actualización de reglamento interior



<b>Nombre del Proyecto</b>	1.2 Los servidores públicos de la Dependencia o Entidad conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales.				
<b>Objetivo</b>	Continuar y concluir con los trámites para obtener la actualización de los instrumentos jurídicos, así como su autorización y publicación	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Actualización del reglamento interior de la JASP.	01/01/2024	31/12/2024	Reglamento interior actualizado	Proyecto de actualización de reglamento interior

		SECRETARÍA DE SALUD	SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
<b>Nombre del Proyecto</b>	1.3.- Los objetivos y metas institucionales derivados del Plan Estatal de Desarrollo están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento.		
<b>Objetivo</b>	Presentar los instrumentos normativos o en su caso evidencia de las gestiones que se están llevando a cabo, con el fin de que estén alineados a los planes y objetivos, institucionales, Así como la evidencia que las metas y objetivos son comunicados.	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>	Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>	
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>
1	Comunicar el Plan Estatal de Desarrollo, Programa Sectorial Salud para Todos, programas presupuestales del ejercicio fiscal 2024 con sus matrices e indicadores.	01/01/2024	31/12/2024
		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		Oficio circular	Oficio con acuse de recibido por las unidades responsables.

  
  


		SECRETARÍA DE SALUD	SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
<b>Nombre del Proyecto</b>	1.5.- Existe un Código de Conducta que orienta la actuación de los servidores públicos en función de los principios y valores éticos establecidos por el Gobierno del Estado.		
<b>Objetivo</b>	Realizar las acciones correspondientes para la firma de las cartas compromiso de los servidores públicos adscritos a la JASP.	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>	Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>	
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>
1	Firma de las cartas compromiso y comunicación del Código de Conducta.	01/01/2024	31/12/2024
		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		Cartas compromiso firmadas, oficio de comunicación de Código de Conducta.	Cartas compromiso firmadas, acuse de oficio.

  
  
  




SECRETARÍA DE SALUD | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	1.6.- Los Códigos de Ética y Conducta han sido comunicados a los servidores públicos.			
<b>Objetivo</b>	La JASP deberá presentar evidencia de la carta compromiso tanto del Código de Ética, como el Código de Conducta	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Cartas compromiso, Comunicación del Código de Ética y el Código de Conducta.	01/01/2024	31/12/2024	Cartas compromiso firmadas, oficio de comunicación del Código de Ética y el Código de Conducta.
				Cartas compromiso firmadas, Acuse de oficio.

*[Handwritten marks and signatures]*



SECRETARÍA DE SALUD | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	1.11.- Se cuenta con políticas y procedimientos para la descripción de puestos, promoción y capacitación del personal.			
<b>Objetivo</b>	Elaborar y establecer en documento las políticas y procedimientos para la descripción de puestos, promoción y capacitación del personal	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Presentar evidencia de las políticas y procedimientos para la descripción de puestos, promoción y capacitación del personal.	01/01/2024	31/12/2024	Cédula de descripción y de perfil de puestos, Lineamientos para regular el proceso de ingreso del personal a las dependencias y órganos desconcentrados de la administración pública central del estado de Q. Roo, oficio de capacitación de oficialía mayor.
				Cédula de descripción y de perfil de puestos, Lineamientos para regular el proceso de ingreso del personal a las dependencias y órganos desconcentrados de la administración pública central del estado de Q. Roo, oficios.

*[Handwritten marks and signatures]*

SECRETARÍA  
DE SALUDSERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	1.12.- Se aplican encuestas de clima organizacional al menos una vez al año, para identificar áreas de oportunidad, determinar acciones de mejora, dar seguimiento y evaluar resultados.			
<b>Objetivo</b>	Presentar evidencia de la aplicación de encuestas de clima organizacional al personal adscrito a la JASP, así como resultados de dichas encuestas	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Presentar evidencia de los resultados de las encuestas de clima organizacional (La JASP se encuentra en espera de recibir la solicitud para aplicación de encuesta de clima organizacional)	01/01/2024	31/12/2024	Oficio, resultados de la encuesta. Acuse de oficio, resultados de la encuesta.

SECRETARÍA  
DE SALUDSERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	2.1.- Se tienen establecidas políticas generales de administración de riesgos.			
<b>Objetivo</b>	Documentar las políticas generales que le ayudan a la administración de riesgos	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Área Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Presentar evidencia de la metodología para la administración de riesgos, así como cursos de capacitación, talleres, dirigido al personal responsable del proceso	01/01/2024	31/12/2024	Normas generales de control interno, oficios de solicitud, oficios de respuesta de capacitación, formatos de administración de riesgos I y II, mapa de cuadrantes y la identificación de riesgos y sus factores. Normas generales de control interno, oficios de solicitud, oficios de respuesta de capacitación, formatos de administración de riesgos I y II, mapa de cuadrantes y la identificación de riesgos y sus factores.



<b>Nombre del Proyecto</b>	2.4 Se evalúa la efectividad de los controles establecidos.			
<b>Objetivo</b>	Realizar un seguimiento y reforzar los controles establecidos para poder conocer la efectividad de su implementación y poder determinar si continúan con su aplicación o se establecen nuevos controles	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
Presentar evidencias de las acciones que se han implementado para la evaluación de los controles internos.		01/01/2024	31/12/2024	Oficio donde se informa el titular de la entidad formato de riesgos, oficio donde se informa al titular taller de trabajo para la administración de riesgos, actas de las sesiones ordinarias de COCODI.
				Oficio donde se informa el titular de la entidad formato de riesgos, oficio donde se informa al titular taller de trabajo para la administración de riesgos, actas de las sesiones ordinarias de COCODI.



<b>Nombre del Proyecto</b>	2.5- Existe un mecanismo para informar al titular de la institución sobre el surgimiento de nuevos riesgos, derivados de la modificación de condiciones internas o externas y que pueden impactar a los objetivos y metas Institucionales.			
<b>Objetivo</b>	Llevar a cabo reuniones periódicas para comunicar al titular de nuevos riesgos que pudieran impactar o afectar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, derivado de condiciones internas y externas	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
Presentar evidencias de los mecanismos implementados para minimizar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales		01/01/2024	31/12/2024	Oficio donde se informa el titular de la entidad formato de riesgos, oficio donde se informa al titular taller de trabajo para la administración de riesgos, actas de las sesiones ordinarias de COCODI.
				Oficio donde se informa el titular de la entidad formato de riesgos, oficio donde se informa al titular taller de trabajo para la administración de riesgos, actas de las sesiones ordinarias de COCODI.

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	3.2.- El Comité de Control y Desempeño Institucional analiza y da seguimiento a los temas relevantes relacionados con el logro de objetivos y metas institucionales, el Sistema de Control Interno Institucional, así como los relacionados con la auditoría interna y externa.				
<b>Objetivo</b>	Llevar a cabo y presentar evidencia de los seguimientos de temas relevantes relacionados con el logro de los objetivos, así como el de los actos de fiscalización practicados por los diversos entes fiscalizadores	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
Presentar evidencia de acuerdos y estatus de los seguimientos relacionados al cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales, así como los informes de los actos de fiscalización.		01/01/2024	31/12/2024	Actas de sesión, Oficios de estatus de auditorías, Informes de avance de gestión financiera, Formatos evaluatorios programáticos.	Actas de sesión, Oficios de estatus a auditorías, Informes de avance de gestión financiera, Formatos evaluatorios programáticos.

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	4.1.- Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, aprobados en las reuniones de los Órganos de Gobierno de las entidades, de cuerpos colegiados, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma.				
<b>Objetivo</b>	Documentar las acciones de mejora que se realicen, así como las actas presentadas debidamente firmadas.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>		Director Administrativo	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
Presentar evidencias documentales de las actas de los diferentes comités institucionales en el cual participa la JASP		01/01/2024	31/12/2024	Minutas de acuerdos, Actas de las sesiones de COCODI, actas de las sesiones COEPCI, actas del Comité de Adquisiciones, actas del Comité de Transparencia, actas del Comité Interdisciplinario, actas del Consejo de Vocales.	Minutas de acuerdos, Actas de las sesiones de COCODI, actas de las sesiones COEPCI, actas del Comité de Adquisiciones, actas del Comité de Transparencia, actas del Comité Interdisciplinario, actas del Consejo de Vocales.

1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100



SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	5.2.- Se establece el programa de trabajo para la validación y el monitoreo del sistema de control interno.			
<b>Objetivo</b>	Presentar evidencia de los instrumentos de monitoreo	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>	Director Administrativo	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
Implementar el programa de trabajo para la validación y el monitoreo del sistema de control interno e incluir la normatividad aplicable a la evaluación del sistema de control interno.		01/01/2024	31/12/2024	Programa de trabajo de Control Interno nivel (Alto) y nivel (Proceso) y normatividad aplicable en Sistema de Control Interno.
				Programa de trabajo de Control Interno nivel (Alto) y nivel (Proceso) y normatividad aplicable en Sistema de Control Interno.



SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	5.4.- Las debilidades de control Interno identificadas en el ejercicio de validación y monitoreo se incorporan en el Programa de Trabajo de Control Interno y se comunican al Comité de Control y Desempeño Institucional.			
<b>Objetivo</b>	Establecer el programa de trabajo de control interno derivado del ejercicio de validación y monitoreo del sistema de control interno	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección Administrativa	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>	Director Administrativo	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregables</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
Implementar el programa de trabajo para la validación y el monitoreo del sistema de control interno.		01/01/2024	31/12/2024	Programa de trabajo de Control Interno nivel (Alto) y nivel (Proceso) y normatividad aplicable en Sistema de Control Interno.
				Programa de trabajo de Control Interno nivel (Alto) y nivel (Proceso) y normatividad aplicable en Sistema de Control Interno.



SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

### 5.3 Secretaría de Salud

*Handwritten notes on the right margin of the top page.*



SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	Las y los servidores públicos conozcan las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública.			
<b>Objetivo</b>	Capacitar a las y los servidores públicos sobre las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades para una gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos..	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección de Planeación de Planeación, Calidad y Archivo.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>	Encargado de la Dirección de Planeación, Calidad y Archivo.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>
		<b>Inicia</b>	<b>Término</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Remitir circular de solicitud de difusión de la Normatividad para los procesos.	23/04/2024	31/12/2024	Circular Documento
2	Solicitar a las y los Servidores Públicos la evidencia de la difusión de la Normatividad.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio de acuse Documento

*Handwritten notes and signatures on the right margin of the bottom page.*

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Difundir la Metodología establecida para el cumplimiento de las Etapas para la Administración de Riesgos.				
<b>Objetivo</b>	Dar a conocer metodología establecida para el cumplimiento de las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Planeación de Planeación, Calidad y Archivo.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Encargado de la Dirección de Planeación, Calidad y Archivo.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Oficio de difusión de las Normas de Control Interno y Políticas de Administración de Riesgo.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio de acuse	Documento
2	Evidencia de difusión de las Normas de Control Interno y Políticas de Administración de Riesgo.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio de acuse	Documento
3	Brindar capacitación en Administración de Riesgos.	23/04/2024	31/12/2024	Listas de asistencia	Documento

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Dar a conocer Código de Ética de las personas Servidoras Públicas.				
<b>Objetivo</b>	Difundir a las y los Servidores Públicos el Código de Ética en el que se establecen los principios y valores éticos.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Planeación, Calidad y Archivo.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director de Planeación, Calidad y Archivo.	
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Circular de difusión del Código de Ética.	23/04/2024	31/12/2024	Circular de acuse	Documento
2	Publicación en la página oficial.	23/04/2024	31/12/2024	Página oficial	Captura de pantalla
3	Solicitar capacitación sobre el Código de Ética.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio	Documento



SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

## 5.4 Servicios Estatales de Salud

pa /  
 /  
 /  
 /



SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

<b>Nombre del Proyecto</b>	Las y los servidores públicos conozcan las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública.				
<b>Objetivo</b>	Capacitar a las y los servidores públicos sobre las Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades para una gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos..	<b>Fecha Compromiso</b>	31/12/2024		
<b>Área Responsable</b>	Dirección de Planeación de Planeación, Calidad y Archivo.	<b>Puesto del Responsable de coordinar su Instrumentación</b>	Encargado de la Dirección de Planeación, Calidad y Archivo.		
<b>Actividades</b>		<b>Fecha</b>		<b>Entregable</b>	<b>Medio de Verificación</b>
		<b>Inicio</b>	<b>Término</b>		
1	Remltír circular de solicitud de difusión de la Normatividad para los procesos.	23/04/2024	31/12/2024	Circular	Documento
2	Solicitar a las y los Servidores Públicos la evidencia de la difusión de la Normatividad.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio de acuse	Documento

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Difundir la Metodología establecida para el cumplimiento de las Etapas para la Administración de Riesgos.				
<b>Objetivo</b>	Dar a conocer metodología establecida para el cumplimiento de las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección de Planeación, Calidad y Archivo	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director de Planeación, Calidad y Archivo.	
Actividades		Fecha		Entregable	Medio de Verificación
		Inicio	Término		
1	Oficio de difusión de las Normas de Control Interno y Políticas de Administración de Riesgo.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio de acuse	Documento
2	Evidencia de difusión de las Normas de Control Interno y Políticas de Administración de Riesgo.	23/04/2024	31/12/2024	Oficio de acuse	Documento
3	Brindar capacitación en Administración de Riesgos.	23/04/2024	31/12/2024	Listas de asistencia	Documento

		SECRETARÍA DE SALUD		SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	
<b>Nombre del Proyecto</b>	Dar a conocer Código de Ética de las personas Servidoras Públicas.				
<b>Objetivo</b>	Difundir a las y los Servidores Públicos el Código de Ética en el que se establecen los principios y valores éticos.	<b>Fecha Compromiso</b>		31/12/2024	
<b>Area Responsable</b>	Dirección de Planeación, Calidad y Archivo	<b>Puesto del Responsable de coordinar su instrumentación</b>		Director de Planeación, Calidad y Archivo.	
Actividades		Fecha		Entregable	Medio de Verificación
		Inicio	Término		
1	Circular de difusión del Código de Ética.	23/04/2024	31/12/2024	Circular de acuse	Documento
2	Publicación en la página oficial.	23/04/2024	31/12/2024	Página oficial	Captura de pantalla
3	Solicitar capacitación sobre el Código de Ética	23/04/2024	31/12/2024	Oficio	Documento