



Servicios de Salud de Oaxaca

Lineamientos de Operación del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud

Vertical stamp and handwritten signatures on the right side of the page.

Handwritten signature and date '23-3' at the bottom right.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
1 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Aprobación	Fecha Aprobación	Consideración del cambio en el documento
01	26 de mayo de 2021	Acuerdo GTAR/RT1/002/2021 de la Minuta de Instalación y de la Primera Reunión del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.

Aprobación del Documento

		Firma
Elaboró:	Dra. Rosa Lilia García Kavanagh Coordinadora de Control Interno Institucional de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	Arq. Oscar Castellanos Hernández Enlace de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Revisó:	L.D. Christian Ramírez Sánchez Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Aprobaron:		
	Dra. Alma Lilia Velasco Hernández Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	Dra. Karla Cruz Martínez Directora de Prevención y Promoción de la Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	M.C. Demetrio García Díaz Director de Atención Médica de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	Dra. Andrea Ramón García Directora de Regulación y Fomento Sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	M.S.P. Víctor Jiménez Martínez Director de Planeación y Desarrollo de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	Dr. Alejandro López Bautista Director de Enseñanza y Calidad de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	M.F. Juan Gilberto Martínez Rueda Director de Administración de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	Arq. Rigoberto Miguel Revilla Director de Infraestructura, Mantenimiento y Servicios Generales de los Servicios de Salud de Oaxaca	
	L.C.P. Laura Elena López Saturno Representante de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública	



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
2 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Contenido

	Página
I. Introducción.....	3
II. Glosario.....	4
III. Objetivo.....	6
IV. Alcance.....	6
V. Normatividad Aplicable.....	6
VI. Disposiciones Generales.....	7
VII. Lineamientos.....	8
Título I: De la integración y Funciones del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos.....	8
Capítulo I: De la integración.....	8
Capítulo II: De las funciones del Grupo de Trabajo.....	8
Capítulo III: De las funciones de los y las integrantes del Grupo de Trabajo.....	8
Título II: De las Reuniones de Trabajo.....	9
Capítulo Único: De las reuniones de trabajo del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos.....	9
Título III: De los Programas de Trabajo y Reportes.....	10
Capítulo I: Mapa y Matriz (Cédula) de Administración de Riesgos.....	10
Capítulo II: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).....	11
Capítulo III: Reporte de Avance Trimestral.....	11
Capítulo IV: Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos Institucionales.....	12
Capítulo V: Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas.....	12
Transitorios.....	12
VIII. Anexos.....	14
IX. Referencias.....	31



I. Introducción

Que el objetivo fundamental de las instituciones gubernamentales es la producción de bienes y la prestación de servicios públicos, los cuales son indispensables para el desarrollo económico del Estado y la procuración del bienestar social. Por ello, es deseable que su funcionamiento se sustente, esencialmente, en los principios de transparencia y rendición de cuentas para lograr su misión y satisfacer las demandas de la sociedad. Al respecto, es necesaria una gestión eficaz y responsable de dichas instituciones para mantenerse en las mejores condiciones de operación y lograr un equilibrio favorable entre su administración y la consecución de los fines institucionales que se tienen previstos.

Que el objetivo general de los Servicios de Salud de Oaxaca es proporcionar servicios de salud a la población sin seguridad social del Estado de Oaxaca y fortalecer acciones de protección y control de riesgos sanitarios, cuya **misión** es la de brindar servicios de salud con calidad a la población oaxaqueña no asegurada, mediante la prevención y promoción del autocuidado de la salud del individuo y la comunidad, atención médica oportuna, vigilancia sanitaria y administración racional, justa y transparente de los recursos y su **visión** es ser la institución líder del Sector Salud, que garantice el acceso a los oaxaqueños y oaxaqueñas a un Sistema de Salud Universal, equitativo, participativo y de alta calidad, coadyuvando al desarrollo sustentable del Estado de Oaxaca.

Que el 05 de agosto de 2017, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el Acuerdo por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca (MEMICI), cuyo objetivo general es que, la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental (SCTG), proporcione un modelo general para establecer, mantener y mejorar el **Sistema de Control Interno Institucional**, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos institucionales (operación, información y cumplimiento). El cual se encuentra diseñado como un modelo de control interno que puede ser adoptado y adaptado por las instituciones de la administración pública estatal.

El MEMICI define al **Control Interno**, como una estructura jerárquica de 5 componentes, 17 principios y 33 puntos de interés relevantes, el cual conforma un sistema integral y continuo aplicable al entorno operativo de una Institución, efectuado por su Titular, sus Titulares de cada una de sus Áreas Administrativas y sus demás Servidores Públicos y Servidoras Públicas, con el objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de sus objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir la corrupción, así mismo el MEMICI regula la implementación del modelo estándar de Control Interno, la metodología general de **Administración de Riesgos** y el funcionamiento del Comité de Control y Desempeño Institucional, fortaleciendo la cultura del autocontrol y la autoevaluación, así como el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones como un medio para contribuir a lograr las metas y objetivos de cada institución.

Que el 08 de junio de 2019, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal, que tiene por objeto establecer las Disposiciones, que las Dependencias, Entidades, Órganos Auxiliares y Órganos Descentralizados de la Administración Pública Estatal, deberán observar para el establecimiento, supervisión, evaluación, actualización y mejora continua de su **Sistema de Control Interno Institucional, y en su Artículo segundo, numeral 13, fracción I, inciso 4), establece que, se deberá constituir un Grupo de Trabajo responsable de instrumentar el proceso de Administración de Riesgos.**

En ese sentido la **Administración de Riesgos**, es el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

Los riesgos constituyen una preocupación permanente dentro de una institución en cualquiera de sus niveles administrativos para el cumplimiento adecuado de sus objetivos, misión y visión.

La **Administración de Riesgos** permite al o a la Titular de la Administración, tratar efectivamente a la incertidumbre, a los riesgos y oportunidades asociados, mejorando así la capacidad de generar valor, y a las Áreas Administrativas, identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.

AS 7



II. Glosario

Acción(es) de Control: Las actividades determinadas e implantadas por el o la Titular y demás Servidores Públicos y Servidoras Públicas de los Servicios de Salud de Oaxaca, para alcanzar los Objetivos Institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados incluidos los de corrupción y tecnologías de la información;

Acciones de Mejora: Las actividades determinadas e implantadas por el o la Titular y demás Servidores Públicos y Servidoras Públicas de los Servicios de Salud de Oaxaca de los Servicios de Salud de Oaxaca, para eliminar debilidades de Control Interno, diseñar, implementar y reforzar controles predictivos, preventivos o correctivos, así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;

Administración de riesgos: El proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

Áreas administrativas: A las Coordinaciones Generales, Subdirecciones Generales, Direcciones, Unidades, Departamentos y demás que conforman la estructura interna de los Servicios de Salud de Oaxaca;

Área(s) de oportunidad: La situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;

CCII: Coordinación de Control Interno Institucional de los Servicios de Salud de Oaxaca;

Control Interno: El proceso ejecutado por el Comité de Control Interno y todo el personal de las Áreas Administrativas que conforman la estructura interna de estos Servicios de Salud de Oaxaca, para proporcionar un grado de seguridad razonable en la consecución de la metas y objetivos con eficacia, eficiencia, economía, transparencia, rendición de cuentas y mejora permanente de la gestión, en observancia de las disposiciones legales aplicables.

Comité y/o COCOI: El Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud;

DCIGP: Dirección de Control Interno de la Gestión Pública de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública;

DOF: Diario Oficial de la Federación;

EAR: Enlace de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca;

Eficacia: El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

Eficiencia: El logro de objetivos y metas programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

ESCIC: Enlace del Sistema de Control Interno Institucional de los Servicios de Salud de Oaxaca;

Factor(es) de riesgo: La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

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

Institución o Instituciones: Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal o Municipal, según corresponda, así como los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
5 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Manual Administrativo: Manual Administrativo de aplicación general en materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 08 de junio del 2019;

Mapa de riesgos: La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva;

Matriz de Administración de Riesgos: La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos;

MEMICI: Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 05 de agosto del 2017;

Objetivos institucionales: Conjunto de objetivos específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Estatal de Desarrollo para el Estado de Oaxaca, en términos de los títulos; cuarto y quinto, capítulo primero y quinto respectivamente de la Ley Estatal de Planeación, en particular de los planes sectoriales e institucionales según corresponda;

Periódico Oficial: Órgano del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca;

Probabilidad de ocurrencia: La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

Programa Presupuestario: La categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos para el cumplimiento de objetivos y metas;

RACRI: Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos Institucionales;

Sistema de Control Interno: el conjunto de procesos, mecanismos, recursos y elementos organizados y articulados, cuya aplicación específica está a cargo de la Institución, a nivel de planeación, organización de sus procesos de gestión, ejecución, dirección evaluación, información y seguimiento, para proporcionar un seguridad razonable;

PTAR: Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, documento que incorpora las acciones de control a instrumentar para controlar o mitigar los riesgos institucionales;

RAT: Reporte de Avance Trimestral;

Riesgo: el o los eventos o acciones adversas y su impacto, que probablemente impidan u obstaculicen el logro de las metas programadas;

Riesgo (s) de corrupción: La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañen los intereses de la institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas;

SHTFP: Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública;

SS: Secretaría de Salud del Estado;

SSO: Servicios de Salud de Oaxaca;

121

7



III. Objetivo

La reestructuración de los presentes Lineamientos tiene por objeto establecer las bases y criterios generales que deberán de observarse para el establecimiento, organización y funcionamiento del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.

IV. Alcance

Corresponderá al o a la Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud, a través de la Coordinación de Control Interno Institucional y del Enlace de Administración de Riesgos, realizar la integración y gestión del funcionamiento del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos, atendiendo los conceptos y características de Control Interno emitidos por el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Oaxaca (MEMICI), por el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal y la normatividad vigente aplicable en la materia.

V. Normatividad Aplicable

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
DOF 05-02-1917 y sus reformas.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.
Periódico Oficial 04-04-1922 y sus reformas

Acuerdos

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
DOF 03-11-2016

ACUERDO de Coordinación en materia de control interno, fiscalización, prevención, detección, disuasión de hechos de corrupción y mejora de la Gestión Gubernamental, que celebran la Secretaría de la Función Pública y el Estado de Oaxaca.
DOF 02-01-2019

Acuerdo.- Por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca.
Periódico Oficial 05-08-2017

Acuerdo.- Por el que se emiten las disposiciones y el Manual Administrativo de aplicación general en materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal.
Periódico Oficial 08-06-2019

Vertical stamp and handwritten signatures on the right margin.

Handwritten marks at the bottom of the page.



VI. Disposiciones Generales

LA MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA

El **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO** cuyo objetivo es buscar establecer y orientar todo el trabajo que realizarán los Servidores Públicos y las Servidoras Públicas los próximos seis años, para lograr el desarrollo del país y el bienestar de las y los mexicanos, que a través de su **Eje Transversal de Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública**: busca que las políticas públicas estén encaminadas a eliminar la corrupción y garantizar la eficiencia de la administración pública.

LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS COMO UNO DE LOS CINCO COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

Es el proceso que evalúa los riesgos a los que enfrentan los Servicios de Salud de Oaxaca, en la procuración del cumplimiento de sus objetivos. Esta evaluación provee las bases para identificar los riesgos, analizarlos, catalogarlos, priorizarlos y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto en caso de materializarse, incluyendo los riesgos de corrupción.

LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS BASADA EN CUATRO DE LOS 17 PRINCIPIOS PARA ESTABLECER UN CONTROL INTERNO APROPIADO:

Principio 6: El o la Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca, debe formular un plan estratégico que de manera coherente y ordenada oriente los esfuerzos institucionales hacia la consecución de los objetivos relativos su mandato y las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, asegurando además que dicha planeación estratégica contempla la alineación institucional a los Planeas Nacionales, Regionales, Sectoriales y todos los demás instrumentos y normativos vinculatorios que correspondan. Al elaborar el Plan Estratégico de los Servicios de Salud de Oaxaca, armonizado con su mandato y con todos los documentos pertinentes, de acuerdo con la disposiciones legales aplicables, el o la Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca, deberá asegurarse de que los objetivos y metas específicas contenidas en el mismo son claras y que permiten la identificación de riesgos a éstos en los diversos procesos que se realizan en los Servicios de Salud de Oaxaca.

Principio 7: Las Áreas Administrativas, deben identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por lo que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.

Principio 8: Las Áreas Administrativas, deben considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realizan los Servicios de Salud de Oaxaca.

Principio 9: Las Áreas Administrativas, deben identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al Control Interno.

LOS CUATRO DE LOS TREINTA Y TRES ELEMENTOS DE CONTROL EN LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

1. Se aplica la metodología establecida en el cumplimiento a las etapas para la Administración de Riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control.
2. Las actividades de Control Interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado o la servidora pública facultada conforme a la normatividad.
3. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la Administración de Riesgos, y
4. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudiera, afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

25
7



VII. Lineamientos

Título I

De la integración y Funciones del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos

Capítulo I

De la integración.

Artículo 1.- El Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud, estará integrado por:

- a. El o la Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.
- b. Los o las Titulares de las Áreas Administrativas a nivel directivo, de los Servicios de Salud de Oaxaca, quienes podrán nombrar un suplente.
- c. La persona designada Coordinador(a) de Control Interno Institucional.
- d. La persona designada Enlace de Administración de Riesgos, y
- e. El Servidor Público designado o la Servidora Público designada como representante de la Secretaría de la Honestidad, Transparencia y Función Pública, para intervenir como Asesor(a) del Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.

Artículo 2.- Durante la ausencia del o la Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud en las reuniones de trabajo, será el o la Coordinador(a) de Control Interno; quien lo suplirá y vigilará el seguimiento al cumplimiento de los Acuerdos tomados por los y las integrantes del Grupo de Trabajo, debiendo coadyuvar con él o la Enlace de Administración de Riesgos con el objeto de informar dentro de los plazos que se establezcan para tal efecto, sobre el estado que guarda la atención y gestión de los acuerdos por parte de las Áreas Administrativas responsables.

Capítulo II

De las funciones del Grupo de Trabajo.

Artículo 3.- Para el cumplimiento de su objeto, le corresponde al Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos:

- I. Definir el Mapa y la Matriz (Cédula) de Administración de Riesgos.
- II. Definir el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- III. Definir los Reportes Trimestrales de Avance del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- IV. Definir el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos Institucionales.
- V. Definir las Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas.
- VI. Calificar y modificar los Lineamientos de Operación del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud, siempre que no contravengan lo establecido por el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública del Estado de Oaxaca y por el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal.
- VII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Grupo de Trabajo.

Capítulo III

De las funciones de los y las integrantes del grupo de trabajo.

Artículo 4.- Corresponde a los y las integrantes del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos:

- I. Realizar la identificación, selección y descripción de riesgos, con base en las metas y objetivos institucionales, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional, utilizando algunas de las siguientes técnicas: talleres de autoevaluación; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y/o registro de riesgos materializados.
- II. Identificar el nivel de exposición del riesgo en caso de su materialización: estratégico, directivo y/u operativo.
- III. Clasificar los riesgos en congruencia con su descripción: sustantivo, administrativo, legal, financiero, presupuestal, de servicios, de seguridad, de obra pública, de recursos humanos, de imagen, de tecnologías de la información y comunicaciones, de salud, de corrupción y/u otros.



Lineamientos de Operación del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud

Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
9 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

- IV. Identificar las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización del riesgo: humano, financiero presupuestal, técnico administrativo, tecnologías de la información y comunicaciones, normativo y/o entorno.
- V. Identificar el tipo de factor de riesgo: interno o externo.
- VI. Identificar los posibles efectos de los riesgos en caso de materializarse, describiendo las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.
- VII. Valorar el grado de impacto: catastrófico, grave, moderado, bajo y/o menor.
- VIII. Realizar la valoración inicial de la probabilidad de ocurrencia: recurrente, muy probable, probable, inusual y/o remota, antes de la evaluación de controles, en función de los factores de riesgo
- IX. Realizar la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, efectuando la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y controles.
- X. Coadyuvar en el proceso de Administración de Riesgos, en apego a lo establecido en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca (MEMICI).
- XI. Coadyuvar en la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, a realizar anualmente a través del Sistema de Información del Comité de Control Interno (SICOCOI), vigilado por la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP).
- XII. Difundir en el ámbito de su competencia las acciones a realizarse para una correcta administración de riesgos.
- XIII. Incorporar las respuestas a los riesgos en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- XIV. Informar en el ámbito de su competencia a la o el Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud, a través del o la Coordinador(a) de Control Interno, sobre los posibles riesgos detectados en el cumplimiento de los procesos sustantivos o administrativos que les corresponda, plasmarlos en las Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas, con la finalidad de integrarlos en la Matriz (Cédula) de Administración de Riesgos.
- XV. Ejecutar los acuerdos tomados en las reuniones de trabajo, de conformidad con las disposiciones legales y administrativas correspondientes.
- XVI. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Grupo de Trabajo.

Título II De las Reuniones de Trabajo.

Capítulo Único

De las reuniones de trabajo del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos.

Artículo 5.- Las reuniones de trabajo del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos se realizarán de manera trimestral, dentro de los 15 días hábiles previos a las Sesiones Ordinarias del Comité de Control Interno de la Secretaría.

El o la Coordinador(a) de Control Interno Institucional, convocará por escrito a los y las Integrantes del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos, con tres días hábiles de anticipación, indicando el lugar, fecha y hora en que se celebrará la reunión de trabajo, remitiendo la documentación correspondiente al tema a tratar y el orden del día.

Artículo 6.- Las minutas de las reuniones de trabajo incluirán por lo menos los siguientes puntos: lista de asistencia, verificación del quórum; lectura de la minuta de la reunión de trabajo anterior, seguimiento de acuerdos y asuntos generales.

Artículo 7.- Se levantará una minuta por cada reunión de trabajo, en la cual se consignarán los asuntos tratados, el sentido de los acuerdos adoptados y los comentarios relevantes de cada caso, misma que deberá ser firmada por los asistentes en cada reunión.

Artículo 8.- El registro de los acuerdos y elaboración de las minutas, estará a cargo del o de la Enlace de Administración de Riesgos, quien dará lectura a cada uno de ellos al final de cada reunión, con la finalidad de ratificarlos por los y las integrantes del Grupo de Trabajo.

Artículo 9.- En caso que la reunión convocada no pudiera llevarse a cabo en la fecha programada, deberá programarse una segunda reunión en los próximos tres días hábiles siguientes, estas modificaciones serán informadas por escrito por el o la Coordinador(a) de Control Interno a los y las integrantes del Grupo de Trabajo.

[Handwritten signature]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
10 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

**Título III
De los Programas de Trabajo y Reportes**

Capítulo I

Mapa y Matriz (Cédula) de Administración de Riesgos

Artículo 10.- Para la implementación de la metodología de Administración de Riesgos en los Servicios de Salud de Oaxaca y Secretaría de Salud, se atenderá a lo establecido en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca (MEMICI), publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 05 de agosto del 2017 y en el Acuerdo por el que se Emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de aplicación general en materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 08 de junio del 2019, para lo cual, el o la Coordinador(a) de Control Interno y el o la Enlace de Administración de Riesgos, en conjunto con las Áreas administrativas, definirán el Mapa y Matriz (Cédula) de Administración de Riesgos, del ejercicio fiscal en curso, mismos que deberán ser debidamente firmados por el o la Titular de la Secretaría, el o la Coordinador(a) de Control Interno y el o la Enlace de Administración de Riesgos, que deberá contener los elementos que para tal efecto ha establecido la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública (DCIGP) de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP), en los formatos autorizados, disponibles en el Sistema de Información del Comité de Control Interno (SICOCOI), en la siguiente dirección URL: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/>

- I. Identificación y Análisis del Riesgo:
 - a. Proceso.
 - b. Unidad Responsable.
 - c. Riesgo.
 - d. Causa.
 - e. Efecto.
 - f. Factor de Riesgo.
 - g. Tipo de Factor.
 - h. Efecto de Riesgo.
- II. Evaluación del Riesgo:
 - a. Controles Existentes:
 - Preventivos.
 - Correctivos.
 - b. Impacto.
 - c. Escala de Valor del impacto.
 - d. Probabilidad de Ocurrencia.
 - e. Escala de Valor de la probabilidad de ocurrencia.
 - f. Cuadrante del Mapa de Riesgos.
- III. Tratamiento del Riesgo:
 - a. Respuesta al Riesgo.
 - b. Establecimiento de Actividades de Control.
 - Preventivas/Responsable,
 - Correctivas/Responsable.

Artículo 11.- El Mapa y Matriz (Cédula) de Administración de Riesgos, definidos por el Grupo de Trabajo serán presentados durante la Primera Sesión Ordinaria del ejercicio fiscal en curso, del Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud (COCOI).

[Vertical text and signatures on the right margin]

[Handwritten marks and signatures at the bottom right]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
11 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Capítulo II

Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)

Artículo 12.- Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, el o la Coordinador(a) de Control Interno y el o la Enlace de Administración de Riesgos, en conjunto con las Áreas administrativas, definirán el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), del ejercicio fiscal en curso, mismo que deberá ser debidamente firmado por el o la Titular de la Secretaría de Salud y Dirección General, el o la Coordinador(a) de Control Interno y el o la Enlace de Administración de Riesgos, que deberá contener los elementos que para tal efecto ha establecido la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública (DCIGP) de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP), en los formatos autorizados, disponibles en el Sistema de Información del Comité de Control Interno (SICOCOI), en la siguiente dirección URL: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/>

I. Riesgos:

- a. Descripción: transcripción del riesgo detectado acorde al proceso sustantivo.
- b. Cuadrante: deberá establecerse el cuadrante donde se haya ubicado el riesgo acorde a la valoración realizada en la Matriz de Administración de Riesgos.
- c. Tipo: de manera automática el formato determinará el tipo de riesgo acorde al cuadrante.
- d. Respuesta: Dentro del catálogo preestablecido en el presente manual se deberá seleccionar alguna de las 4 respuestas al riesgo que se hayan determinado en la Matriz de Administración de Riesgos. Estos podrán ser:
 - Aceptar.
 - Evitar.
 - Mitigar.
 - Compartir.

II. Acciones de control:

- a. Descripción: transcripción de la acción de mejora (correctiva o preventiva) generada para disminuir la probabilidad de ocurrencia y el grado de impacto del riesgo detectado.
- b. Unidad Responsable: área de adscripción de la persona responsable de realizar la actividad de control que se plantea para el ejercicio.
- c. Servidor (a) Público (a) responsable: nombre del Servidor Público o Servidora Pública responsable de generar, recabar y resguardar la información que se genere al dar cumplimiento a las acciones de control.
- d. Fecha de inicio: fecha programada para el inicio de la acción.
- e. Fecha de término: fecha programada para el fin de la acción.
- f. Evidencia (medios de verificación): documento o elemento que permite indicar una certeza manifiesta que resulta innegable y que no se puede dudar del cumplimiento de la actividad.

Artículo 13.- El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), definido por el Grupo de Trabajo será presentado durante la Primera Sesión Ordinaria del ejercicio fiscal en curso, del Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud (COCOI).

Capítulo III

Reporte de Avance Trimestral

Artículo 14.- El o la Coordinador(a) de Control Interno y el o la Enlace de Administración de Riesgos, en conjunto con las Áreas Administrativas, definirán los Reportes de Avance Trimestral, respecto del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), del ejercicio fiscal en curso, con la finalidad de informar los resultados obtenidos al o la Titular de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.

Artículo 15.- Los Reportes de Avance Trimestral deberán contener los elementos que para tal efecto ha establecido la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública (DCIGP) de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP), en los formatos autorizados, disponibles en el Sistema de Información del Comité de Control Interno (SICOCOI) en la siguiente dirección URL: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/>

for 25

9



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
12 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

- I. Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas.
- II. La descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control, y
- III. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas.

Artículo 16.- Los Reportes de Avance Trimestral, definidos por el Grupo de Trabajo serán incorporados a los puntos a tratar durante las sesiones del ejercicio fiscal en curso, del Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud (COCOI).

Capítulo IV

Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos Institucionales

Artículo 17.- Se realizará un Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos Institucionales de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, respecto a los riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos, que deberá contener los elementos que para tal efecto ha establecido la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública (DCIGP) de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP), en los formatos autorizados, disponibles en el Sistema de Información del Comité de Control Interno (SICOCOI) en la siguiente dirección URL: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/>

- I. Comparativo del total de riesgos por cuadrante.
- II. Variación del total de riesgos por cuadrante.
- III. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

Artículo 18.- El Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos Institucionales, será presentado en la Primera Sesión Ordinara del ejercicio fiscal en curso, del Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud (COCOI).

Capítulo V

Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas

Artículo 19.- Se realizarán Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas, con el objeto de identificar riesgos vinculados al Desempeño Institucional de los Servicios de Salud de Oaxaca, que no estén incluidos en la Matriz de Administración de Riesgos, que deban ser incorporados y atendidos con acciones de mejora en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) o en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), que deberán contener los siguientes elementos:

- I. Problemática o Situación Crítica.
- II. Acción de Mejora o Área de Oportunidad.
- III. Área Administrativa responsable.
- IV. Porcentaje de Avance.
- V. Fecha de cumplimiento.

Artículo 20.- Las Cédulas de Problemáticas o Situaciones Críticas, serán presentadas en cada Sesión Ordinara del ejercicio fiscal en curso, del Comité de Control Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud (COCOI).

TRANSITORIOS

Artículo 1.- El cumplimiento de la reestructuración de los presentes Lineamientos se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestales que tengan asignadas las Áreas Administrativas de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Artículo 2.- La Coordinación de Control Interno Institucional a través del Enlace de Administración de Riesgos, interpretará para los efectos que sean necesarios la reestructuración de los presentes lineamientos y resolverá los casos no previstos en



Lineamientos de Operación del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud

Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
13 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

los mismos, solicitando en su caso asesoría a la Dirección de Control Interno de la Gestión Pública (DCIGP) de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP).

Artículo 3.- La reestructuración de los presentes Lineamientos entrarán en vigor, a partir de la fecha de su aprobación por el Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos, debiendo dar la máxima difusión a los presentes Lineamientos de Operación del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.

Artículo 4- Con fundamento en el artículo 23, fracciones III y VI, del Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 05 de marzo de 2016, sírvase la Coordinación General de Supervisión y Apoyo Técnico a informar a la Junta Directiva del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal Servicios de Salud de Oaxaca, la aprobación de la reestructuración de los presentes Lineamientos, así como a difundirlos en el sitio de Internet de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Artículo 5.- Mediante acuerdo GTAR/SSO/RT1/003/2023, derivado de la Reestructuración y Primera Reunión del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos, efectuada el 28 de marzo de 2023, sírvase la Dirección de Asuntos Jurídicos en coordinación con la Dirección de Planeación y Desarrollo, a difundir los presentes Lineamientos, a las Áreas Administrativas de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Artículo 6.- Sírvase la Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Oaxaca, a dar vista de los presentes Lineamientos a la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública (SHTFP).

Artículo 7.- El Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud, aprobará cualquier modificación de los Lineamientos de Operación del Grupo de Trabajo de Administración de Riesgos de los Servicios de Salud de Oaxaca y de la Secretaría de Salud.

[Vertical column of blue ink signatures and initials on the right margin]

[Handwritten signature/initials at the bottom right]



VIII. Anexos

- Anexo 01** Formato para elaboración de Cédula (Matriz) de Administración de Riesgos.
- Anexo 02** Formato para elaboración de Mapa de Riesgos.
- Anexo 03** Formato para elaboración de Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- Anexo 04** Formato para elaboración de Reporte de Avance Trimestral (RAT) del PTAR
- Anexo 05** Formato de Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos Institucionales.

OAXACA

A vertical stamp with the word "OAXACA" is visible on the right side of the page. Below it, there are several handwritten signatures in blue ink, some of which appear to be initials or names, possibly indicating approval or review of the document.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
15 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Anexo 01

MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS

Cédula de Administración de Riesgos

Nombre de la dependencia o entidad:

Fecha de la última actualización:

Nombre quien realiza el ejercicio:

Cargo:

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL RIESGO								
No.	PROCESO	ÁMBITO RESPONSABLE	RIESGO	CAUSA	EFEECTO	FACTOR DEL RIESGO	TIPO DE FACTOR	EFEECTO DEL RIESGO
EJ. 1	CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN MODALIDAD DE HONORARIOS	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	CONTRATACIÓN IRREGULAR Y ERRORES DE PAGO	DESINFORMACIÓN RESPECTO A LOS REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN Y PLAZOS ESTABLECIDOS	ERRORES EN LA INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES E IMPEDIMENTO EN LA CONTRATACIÓN EN TIEMPO Y FORMA	HUMANO	INTERNO	OPERACIONALES

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DEL RIESGO						
CONTROLES EXISTENTES		IMPACTO	ESCALA DE VALOR	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	ESCALA DE VALOR	CUADRANTE DEL MAPA DE RIESGOS
PREVENTIVOS	CORRECTIVOS					
NINGUNO	SOLICITUD DE PAGOS RETROACTIVOS	MODERADO	2	RECURRENTE	5	CUADRANTE I.- RIEGOS DE ATENCIÓN INMEDIATA

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page, including the number "23" and other scribbles.



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DEL RIESGO		
RESPUESTA AL RIESGO	ESTABLECIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CONTROL	
	PREVENTIVAS / RESPONSABLE	CORRECTIVAS / RESPONSABLE
MITIGAR	DESIGNACIÓN DE UN ENLACE ADMINISTRATIVO POR CADA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA DEPENDENCIA, A TRAVÉS DEL CUAL SE INTERCAMBIARÁ INFORMACIÓN RESPECTO A CONTRATACIONES Y TIEMPOS DE ATENCIÓN	

Fuente de Información: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/formatos-ptar/>

[Vertical column of handwritten signatures and marks in blue ink, including various initials and symbols.]



INSTRUCCIONES
Análisis del Riesgo
<p>La Institución debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos. Se debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza de riesgo y debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción.</p>
Evaluación de Riesgos
<p>Se realizará conforme a lo siguiente:</p> <p>a) Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.</p> <p>b) Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales. Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos del Ente Público. Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.</p> <p>c) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humano: Se relacionan con las personas (internas o externas), que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas. • Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos. • Técnico-Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos. • TIC's: Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados; • Material: Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos. • Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos. • Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos. <p>d) Tipo de factor de riesgo: Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:</p> <p>Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización; Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.</p> <p>e) Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado.</p> <p>f) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:</p>

Handwritten notes and signatures in blue ink at the bottom right of the page, including the number '275' and various scribbles.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
18 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos del Ente Público y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos del Ente Público.
9		
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Mínimo	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en el Ente Público.
1		

f) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta.
9		Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta.
7		Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media.
5		Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja.
3		Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja.
1		Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
19 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles (evaluación inicial), se determinará sin considerar los controles existentes para administrar los riesgos, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta el Ente Público de no responder ante ellos adecuadamente.

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical. La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

Cuadrante I. Riesgos de Atención Inmediata.- Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes.

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;

Cuadrante III. Riesgos Controlados.- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes, y

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin]

[Handwritten mark in blue ink at the bottom left]

[Handwritten signature and mark in blue ink at the bottom right]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

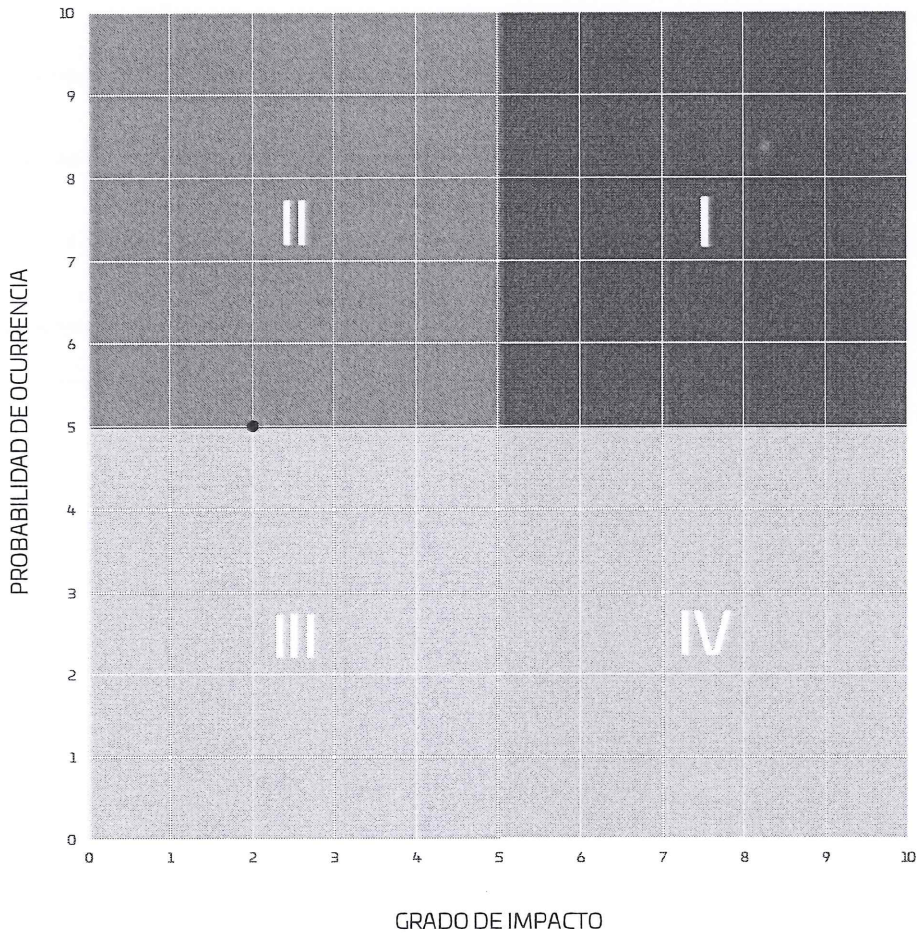
Página:
20 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Anexo 02



MAPA DE RIESGOS



Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical.

Cuadrante I. Riesgos de Atención Inmediata.- Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes.

Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5.

Cuadrante III. Riesgos Controlados.- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes.

Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento.- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

Fuente de Información: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/formatos-ptar/>

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
21 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Anexo 03

Programa de Trabajo de Administración de Riesgos



Nombre de la
dependencia o entidad: _____
Ejercicio: _____
Nombre del proceso: _____

Fecha de elaboración: _____

No.	RIESGOS				ACCIONES DE MEJORA					
	DESCRIPCIÓN	CUADRANTE	TIPO	RESPUESTA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD RESPONSABLE	SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	EVIDENCIA
1		I	De atención inmediata	Mitigar						
2		II	De atención periódica	Compartir						
3		III	Controlado	Evitar						
4		IV	De seguimiento	Aceptar						
5		III	Controlado	Evitar						

Elaboró:

Validó:

Autorizó:

Nombre y cargo de la servidora o servidor público

Enlace de Riesgos

Nombre y cargo de la servidora o servidor público

Coordinador(a) de Control Interno

Nombre y cargo del Titular del Ente Público

Presidenta(e) del Comité de Control Interno

Fuente de Información: <https://www.oaxaca.gob.mx/sicocoi/formatos-ptar/>

Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten mark



INSTRUCCIONES

La Institución debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos. Se debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza de riesgo y debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción, para eso deberá generar una Matriz de Administración de Riesgos (MAR), lo anterior con la finalidad de generar actividades de control que permitan vigilar su comportamiento.

Para ello se desarrolla un Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) el cual deberá estar debidamente firmado por el Titular del Ente Público, el o la Coordinadora de Control Interno y la persona designada como Enlace de Administración de Riesgos.

Para el llenado de este formato es necesario plasmar el proceso sustantivo o administrativo donde fue detectado el riesgo.

Acontinuación se enlistan los elementos que componen el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y los requisitos para su llenado.

RIESGOS	
DESCRIPCIÓN	Transcripción del riesgo detectado acorde al proceso sustantivo.
CUADRANTE	Deberá establecerse el cuadrante donde se haya ubicado el riesgo acorde a la valoración realizada en la Matriz de Administración de Riesgos.
TIPO	De manera automática el formato determinará el tipo de riesgo acorde al cuadrante.
RESPUESTA	Dentro del catalogo preestablecido en el presente manual se deberá seleccionar alguna de las 4 respuestas al riesgo que se hayan determinado en la Matriz de Administración de Riesgos. Estos podrán ser: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptar • Evitar • Mitigar • Compartir
ACCIONES DE MEJORA	
DESCRIPCIÓN	Transcripción de la acción de mejora (correctiva o preventiva) generada para disminuir la probabilidad de ocurrencia y el grado de impacto del riesgo detectado.
UNIDAD RESPONSABLE	Área de adscripción de la persona responsable de realizar la actividad de control que se plantea para el ejercicio.
SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) RESPONSABLE	Nombre de la Servidora o servidor público responsable de generar, recabar y resguardar la información que se genere al dar cumplimiento a las acciones de control.
FECHA DE INICIO	Fecha programada para el inicio de la acción.
FECHA DE TÉRMINO	Fecha programada para el fin de la acción.
EVIDENCIA	Documento o elemento que permite indicar una certeza manifiesta que resulta innegable y que no se puede dudar del cumplimiento de la actividad.

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
23 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Anexo 04

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

[Lugar], Oax., [día] de [mes] de [año].

Oficio No. [Folio]

Asunto: Se Remite [primer/segundo/tercer] Reporte
de Avance Trimestral del PTAR.

L.C.P. Leticia Elsa Reyes López.

Secretaria de Honestidad, Transparencia y Función Pública.
PRESENTE

Atn ª Ing. María José Jarquín Torres

Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.
PRESENTE.

Con fundamento en lo establecido por el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca el 08 de junio de 2019, hago propicia la ocasión para hacer llegar de manera formal el REPORTE DE AVANCE correspondiente al (PRIMER/SEGUNDO/TERCER) TRIMESTRE del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos de (NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO), con el objetivo de brindar un seguimiento periódico y puntual a las acciones de mejora comprometidas para el presente ejercicio. En ese sentido, anexo remito CD con la evidencia correspondiente al avance reportado.

Sin más por el momento, envío a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE.

[NOMBRE COMPLETO]

Coordinador(a) de Control Interno
de [nombre del ente público que corresponda]

Expediente y minutarario.

Datos de contacto del ente público:
Dirección y teléfono.

Vertical column of handwritten signatures and initials in blue ink.

Handwritten signature and initials at the bottom right of the page.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
24 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

**REPORTE DE AVANCES TRIMESTRAL
DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
(DEPENDENCIA O ENTIDAD)
(#) TRIMESTRE**

(FECHA DE ELABORACIÓN)

El presente informe de avance trimestral está compuesto por tres apartados: a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, b) La descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control y c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas.

Total de acciones de control	Estrategias establecidas			
	Aceptar	Evitar	Mitigar	Compartir
	(número de acciones de control)	(número de acciones de control)	(número de acciones de control)	(número de acciones de control)
(# total de acciones de control)	Cuadrantes			
	I Atención Inmediata	II Atención Periódica	III Controlados	IV De Seguimiento
	(número de acciones de control)	(número de acciones de control)	(número de acciones de control)	(número de acciones de control)

a) Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, 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:

Datos de contacto del ente público:
Dirección y teléfono.

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
25 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

Trimestre	Situación de las Acciones de Control				
	Total de Acciones de Mejora	Concluidas	% de Cumplimiento *	En Proceso	Pendientes (Sin Avance)
Primero					
Segundo					
Acumulado al Segundo					
Tercero					
Acumulado al Tercero					

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

ACCIONES DE CONTROL EN PROCESO AL TRIMESTRE REPORTADO:

A.C. con Avance Acumulado menor al 50%

A.C. con Avance Acumulado entre 51% y 80%

A.C. con Avance Acumulado entre 81% y 99%

- Descripción de las Acciones de Control Concluidas al trimestre que se reporta.

No.	No. A.C.	Descripción de la Acción de Control	Fecha real de cumplimiento
(Descripción del riesgo)			
1		(descripción de la acción de control) (descripción de la acción de control) (descripción de la acción de control)	
(Descripción del riesgo)			
2		(descripción de la acción de control) (descripción de la acción de control) (descripción de la acción de control)	
(Descripción del riesgo)			
3		(descripción de la acción de control)	

Datos de contacto del ente público:
Dirección y teléfono.

[Handwritten signatures and marks in blue ink along the right margin]

[Handwritten signature and marks at the bottom right]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
26 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

- Descripción de las Acciones de Control "en proceso" al trimestre que se reporta.

No.	No. A.C.	Descripción de la Acción de Control	Porcentaje de Avance Acumulado al Trimestre
(Descripción del riesgo)			
1	01	(descripción de la acción de control)	
2	02	(descripción de la acción de control)	
3	03	(descripción de la acción de control)	
4	n		
(Descripción del riesgo)			
5	01	(descripción de la acción de control)	
6	02	(descripción de la acción de control)	
7	03	(descripción de la acción de control)	

Etc.

- b) En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité, según corresponda:

No.	No. A.C.	Descripción de la Acción de Control	Problemáticas que la obstaculizan	Propuesta de solución
1				
2				
3				
4				
5				
Etc.				

Datos de contacto del ente público:
Dirección y teléfono.

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
27 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

(LEYENDA)

- c) Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos:

(TEX T O)

(FECHA)
ATENTAMENTE

Coordinador(a) de Control Interno de
[Nombre del ente público]

Enlace de la Administración de Riesgos
de
[Nombre del ente público]

(Nombre, Cargo, Firma)

(Nombre, Cargo, Firma)

Datos de contacto del ente público:
Dirección y teléfono.

OAXACA

Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin.

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom right of the page.



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
28 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

Anexo 05

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

[Lugar], Oax., [día] de [mes] de [año].

Oficio n°. [Folio]

Asunto: Se remite reporte anual del comportamiento de los riesgos institucionales.

L.C.P. Leticia Elsa Reyes López.

Secretaria de Honestidad, Transparencia y Función Pública.
PRESENTE

Atn´ Ing. María José Jarquín Torres

Directora de Control Interno de la Gestión Pública
de la Secretaría de Honestidad, Transparencia y Función Pública.
PRESENTE.

Con fundamento en lo dispuesto por el numeral 7.9 del Acuerdo por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del Estado de Oaxaca, publicado en el Periódico Oficial de del Gobierno del Estado el 05 de agosto del 2017, me permito presentar anexo el REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES correspondiente a ejercicio ~~Elija un elemento,~~ así como la evidencia que sustenta lo a continuación informado a través de CD anexo, y que corresponde a los riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos, precisando:

- I. Comparativo del total de riesgos por cuadrante
- II. Variación del total de riesgos por cuadrante
- III. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

Así mismo, cabe mencionar que el presente informe refleja los aspectos más relevantes y las acciones llevadas a cabo por [esta Dependencia o Entidad] a mi cargo respecto a la implementación, fortalecimiento y seguimiento del proceso de administración de riesgos.

Sin otro particular, envío a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE.

[NOMBRE COMPLETO]

[Titular del ente público que corresponda]

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin, including a large signature and the number '7' at the bottom.]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
29 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE RIESGOS

(DEPENDENCIA O ENTIDAD)

EJERCICIO Elija un elemento.

I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos.

1. [Descripción del riesgo, tal cual aparece en la matriz de riesgo de la institución]

EVALUACIÓN DEL RIESGO									
VALORACIÓN ANTERIOR					NUEVA VALORACIÓN				
IMPACTO	ESCALA DE VALOR	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	ESCALA DE VALOR	CUADRANTE EN EL MAPA DE RIESGOS	IMPACTO	ESCALA DE VALOR	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	ESCALA DE VALOR	CUADRANTE EN EL MAPA DE RIESGOS

****NOTA: DEBERÁ INCLUIRSE LA DESCRIPCIÓN Y TABLA POR CADA RIESGO CON CAMBIO DE VALORACIÓN A REPORTAR. EN CASO DE NO CONTAR CON NINGÚN RIESGO DENTRO DEL SUPUESTO, MANIFESTARLO DE MANERA ESCRITA. ****

II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante, así como la variación del total de riesgos por cuadrante.

CUADRANTE DEL MAPA DE RIESGOS	COMPARATIVO DE RIESGOS POR CUADRANTE		
	VALORACIÓN INICIAL (Número de riesgos por cada cuadrante)	VALORACIÓN FINAL (Número de riesgos por cada cuadrante)	VARIACIÓN TOTAL (Número de riesgos inicial - Número de riesgos final)
I Atención Inmediata	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]
II Atención Periódica	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]
III Controlados	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]
IV De Seguimiento	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]	[ESCRIBIR CANTIDAD CON NÚMERO]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten marks]



Codificación:
LO-GTAR-SSO

Versión:
02

Vigencia:
28 de marzo de 2023

Página:
30 de 31

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

LOGO DEL ENTE
PÚBLICO

[LEYENDA]

****NOTA: EN CASO DE QUE EL RESULTADO DE LA "VARIACIÓN TOTAL" CORRESPONDA A UN NÚMERO NEGATIVO, ESTE DEBERÁ PLASMARSE TAL CUAL, DENTRO DE LA TABLA, LO ANTERIOR INDICARÁ QUE, EN VEZ DE DISMINUIR LOS RIESGOS EN EL CUADRANTE, ÉSTOS AUMENTARON. ****

III. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

(REDACTAR CONCLUSIONES)

ATENTAMENTE.

[NOMBRE COMPLETO]

[Titular del ente público que corresponda]

OAXACA
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
[Handwritten signatures and marks in blue ink]



IX. REFERENCIAS

Gubernamental, S. d. (05 de agosto de 2017). Acuerdo por el que se emite el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público del estado de Oaxaca (MEMICI). Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México: Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

Gubernamental, S. d. (08 de junio de 2019). Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno para la Administración Pública Estatal. Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México: Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

Oaxaca, S. d. (11 de junio de 2016). Manual de Organización de los Servicios de Salud de Oaxaca. Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México: Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

Oaxaca, S. d. (05 de marzo de 2016). Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca. Oaxaca de Juárez.

11
for 7