Juntos transformemos
Yucatán
GOBIERNO ESTATAL
2018 - 2024

Gobierno del Estado de Yucatán

HOSPITAL DE LA AMISTAD

Manual de Control Interno

Revisión 00

"El presente manual establece y difunde la forma de aplicar cada uno de los artículos plasmados en los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal en el Hospital de la Amistad, con información veraz, vigente y actualizada por cada uno de los servidores públicos adscritos competentes de la Institución."

ÍNDICE

		Página
I.	OBJETIVO	4
II.	ALCANCE	4
III.	FUNDAMENTO LEGAL	4
IV.	DEFINICIONES	4
V.	FILOSOFÍA INSTITUCIONAL	4
VI.	RED DE PROCESOS	6
VII.	ALCANCE DE SISTEMA	6
VIII.	DISPOSICIONES GENERALES Y PRELIMINARES	7
IX.	COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	9
X.	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL	17
XI.	PARTICIPACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS	23
XII.	COMITÉ DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL	24
XIII.	FACULTADES Y OBLIGACIONES	28
XIV.	RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS	31
XV.	DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS	31
XVI.	CONTROL DE CAMBIOS	31
XVII.	FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO	32

I. OBJETIVO

Unificar los criterios y conceptos para normar la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del sistema de control interno en el Hospital de la Amistad con la finalidad de eficientar el desarrollo de las actividades, en apego con a los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades dela Administración Pública Estatal, alineados al Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público.

II. ALCANCE

De carácter obligatorio para los servidores públicos adscritos en el Hospital de la Amistad

III. FUNDAMENTO LEGAL

Las Leyes federales, Leyes estatales, documentos normativos-administrativos y otras disposiciones, contenidas en el manual de organización y en los procedimientos documentados, revisados y autorizados tanto por el Titular de el Hospital de la Amistad como por el Órgano de Gobierno. No omitiendo también las disposiciones emitidas por la Secretaría de la Contraloría General y Secretaría de Administración y Finanzas.

IV. DEFINICIONES

Lineamientos: Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las Dependencias y Entidades, emitidos por la SECOGEY.
Hospital: Hospital de la Amistad.
SCI: Sistema de Control Interno Institucional.

V. FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

Misión: Un hospital dedicado a dar servicio a la población infantil de escasos recursos, brindandoles atención medico-quirúrgica de excelencia, eficiente y con calidez humana; bajo principios éticos, manteniendo siempre informada y bien tratada a la familia y al paciente, sobre todo comprometido con la realización de procesos de investigación dentro de las ciencias médicas; así como metodologías innovadoras y actualizadas de tratamiento, procurando además colaborar con la formación de médicos especialistas del mejor nivel en la región.

Visión: Ser un hospital de vanguardia con reconocimiento local, estatal y a nivel nacional, por su mística y estilo de funcionamiento bajo un enfoque humanista; contando con recursos humanos y tecnológicos calificados, formador de conocimientos, preceptos y capital humano de la mas alta calidad para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los niños.

Valores: Los valores culturales que rigen a la gente que labora en el Hospital de la amistad son de tipo universal y aplicable a todas las creencias y estilos de personalidad. Los valores que deben regir el actuar de las personas que laboran en el Hospital son:

- Honestidad
- Trabajo en equipo
- Disponibilidad
- Actitud de servicio
- Compromiso
- Empatía
- Eficiencia
- Amabilidad

Objetivo Institucional:

El Hospital de la amistad tiene entre sus objetivos institucionales los siguientes:

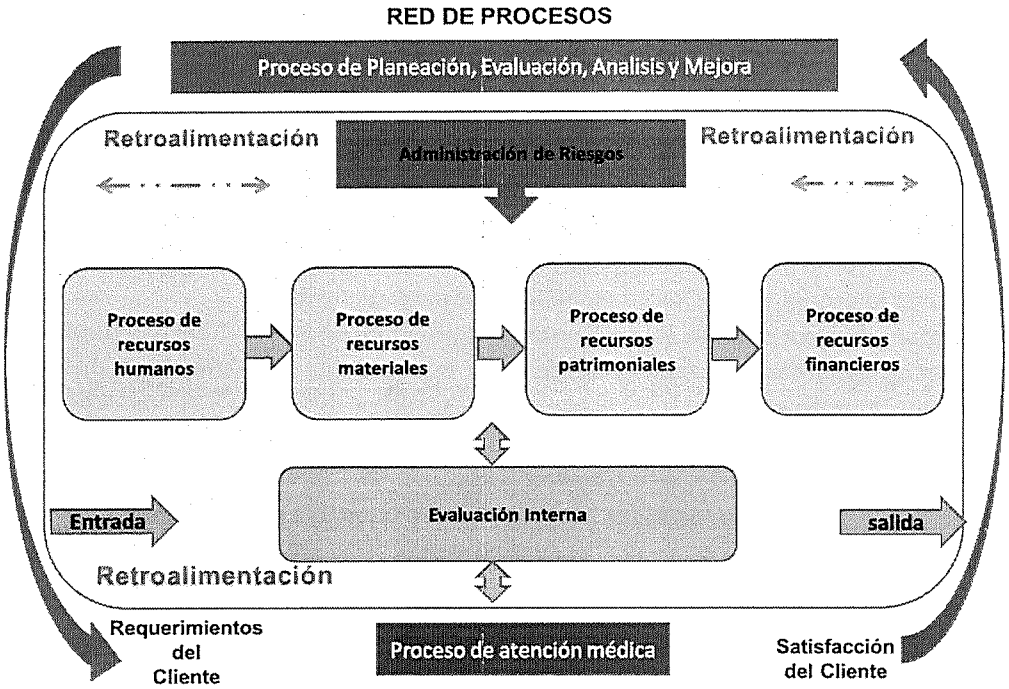
1. Incrementar el acceso incluyente y de calidad al sistema estatal de salud.
2. Mejorar la condición de salud de la población en el estado.
3. Brindar un servicio de atención medico-quirúrgica de excelencia a la población infantil de escasos recursos, en forma eficiente y con calidez humana, bajo principios éticos y mantenimiento siempre informada y bien tratada a la familia y al paciente.
4. Realizar procesos de ivestigación dentro de la ciencias médicas, asi como metodologías innovadoras y actualizadas de tratamiento.
5. Eficientar el costo de los servicios con los que cuenta el hospital, a fin de lograr un mayor aprovechamiento de los mismos canalizándolos a las áreas que requieran una mayor inversión.
6. Promover la capacitación y mejora continua del personal que labora en el hospital a fin de brindar un mejor servicio a los pacientes que acuden a nuestro centro médico.
7. Brindar el apoyo económico necesario a los pacientes en cuanto al pago por los servicios que reciben, de acuerdo a sus posibilidades económicas y estudios socioeconomicos bien fundamentados y serios, aplicados por el departamento de trabajo social y siempre bajo el principio de justicia.

Estrategias:

1. Fortalecer la gestión hospitalaria y el desarrollo del capital humano en salud con enfoque de inclusión e interculturalidad.
2. Impulsar una estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.
3. Impulsar el desarrollo y uso de infraestructura sostenible, asi como de las tecnologías de la información en las instituciones de salud.

4. Fomentar acciones de promoción y prestación de servicios de la salud entre la población de situación de vulnerabilidad.
5. Fortalecer acciones de prevención y atención integral de enfermedades para reducir los daños a la salud.

VI. RED DE PROCESOS



VII. ALCANCE DEL SISTEMA

Proceso sustantivo	Área responsable
Área Médica	Dirección Médica

Proceso apoyo	Área responsable
Administrar Recursos Humanos	Dirección Administrativa
Administrar Recursos Materiales	Dirección Administrativa

Administrar Recursos Patrimoniales	Dirección Administrativa
Administrar Recursos Financieros	Dirección Administrativa

VIII. DISPOSICIONES GENERALES Y PRELIMINARES

1. Control interno

El control interno es un proceso efectuado por el director general, directores,coordinadores de área y los demás servidores públicos de Instituto, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos de corrupción.

El control interno incluye planes estratégicos, métodos, programas, políticas y procedimientos utilizados para alcanzar el mandato, la misión, los objetivos y las metas institucionales. Asimismo, constituye la primera línea de defensa en la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción. En resumen, el control interno ayuda al titular de una institución a lograr los resultados programados a través de la administración eficaz de todos sus recursos, como son los tecnológicos, materiales, humanos, patrimoniales y financieros.

2. Objetivos principales

El director general, directores, coordinadores de área y los demás servidores públicos o con base a los lineamientos establecidos, plasman los siguientes objetivos para el control interno del Instituto:

I. Promover la eficacia, eficiencia, economía y transparencia en las operaciones, programas, proyectos y calidad de los servicios que las instituciones brinden a la sociedad.
II. Medir la eficacia en el cumplimiento de los objetivos institucionales y prevenir desviaciones en su consecución.
III. Propiciar las condiciones necesarias para un adecuado manejo de los recursos públicos y promover la rendición de cuentas, la transparencia y el combate a la corrupción, que garantice el mejoramiento continuo de las actividades gubernamentales, bajo los criterios de eficiencia y economía así como su evaluación.
IV. Elaborar la información financiera, presupuestal y de gestión de manera veraz, confiable y oportuna.
V. Propiciar el cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables a las instituciones, lo que incluye la salvaguarda de la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia y prevención de la corrupción en el desempeño institucional.

Los objetivos señalados, se agrupan en las siguientes categorías

a) Operación. Se refiere a la eficacia, eficiencia y economía de las operaciones.
b) Información. Consiste en la confiabilidad de los informes internos y externos.
c) Cumplimiento. Se relaciona con el apego a las disposiciones jurídicas y normativas.

3. Sistema de control interno institucional

El Hospital, a través del Comité de Control interno, establece, documenta, mantiene y mejora continuamente la efectividad del Sistema de Control Interno Institucional, conforme a los requerimientos establecidos por los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal:

- Mediante la "Red de Procesos" (apartado VI) se identificaron los procesos necesarios para el Sistema de Control Interno Institucional, su aplicación en la organización, así como la secuencia e interacción de estos procesos,
- Se establecieron indicadores para asegurar la efectividad de la operación y el control de los procesos,
- Se asegura la disponibilidad de recursos y la información necesaria para soportar la operación y monitoreo de dichos procesos,
- Se da un seguimiento, medición y análisis, a través de los indicadores del sistema,
- Se implementan las acciones necesarias para alcanzar los resultados planeados y continuar con la mejora de los procesos.

4. Documentación del control interno

La documentación del Sistema de Control Interno Institucional es del conocimiento del personal, e incluye:

- Un Manual de Control Interno cuyo alcance se señala en el apartado II de este manual, para asegurar la eficaz planeación, operación y control de los procesos de gestión.
- Un Manual de Organización por cada unidad administrativa, en los que se describen las funciones específicas de cada puesto adscrito a la plantilla de personal, de acuerdo con el estatuto orgánico del Instituto.
- Un Manual de Procedimientos por cada unidad administrativa, en el que se describen las actividades a seguir en la realización de las funciones, que incluyen actividades de control identificadas en los riesgos.
- Resultados de evaluaciones internas y revisiones de control interno documentados y formalizados.

- Acciones correctivas, preventivas o de mejora en planes de acción derivados del punto anterior, así de quejas, debilidades en la operación diaria, acuerdos del comité de control interno, entre otros, para solventar debilidades halladas.

Los primeros tres puntos son elaborados de conformidad con lo dispuesto por la Subsecretaria de Innovación, Mejora Regulatoria y Eficiencia Institucional de la Secretaría de Administración y Finanzas.

El manual de control interno es aprobado por el comité de control interno institucional, en tanto que el manual de organización y manual de procedimientos son emitidos por la Junta de Gobierno.

El manual de organización es publicado en el diario oficial del estado.

Los manuales de procedimientos y de servicios al público son de consulta a usuarios y servidores públicos a través de herramientas digitales y son publicados en el diario oficial del estado si así lo determina el Director General.

IX. COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

1. Primer componente: Ambiente de control

El Director General fomenta dentro del Hospital un ambiente de control y clima organizacional de respeto e integridad con actitud de compromiso y congruente con los valores éticos del servicio público en estricto apego al marco jurídico que rige la Administración Pública Estatal.
Para generar un ambiente de control adecuado y clima organizacional de respeto e integridad, el hospital considera lo siguiente:

a) Actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta y la prevención de irregularidades administrativas y de corrupción.
b) Supervisión y seguimiento al funcionamiento del control interno, a través del comité de control interno institucional y de las unidades que establezcan para tal efecto.
c) Perfiles de puestos, los cuales deben observar los requisitos para ocuparlos, señalados por las disposiciones legales aplicables a las instituciones.
d) Descripción de las competencias y responsabilidades de cada puesto conforme a la normativa aplicable.
e) Estructura organizativa general y suplementaria actualizada y autorizada, que defina niveles de autoridad, líneas de mando y comunicación para promover el eficaz cumplimiento de sus objetivos y metas.
f) Promover los medios necesarios para contratar y capacitar profesionales competentes.
g) Evaluar el desempeño del control interno en el Hospital y hacer responsables a todos los servidores públicos por sus obligaciones específicas.
h) Misión, visión, objetivos y metas institucionales.

i) Planeación estratégica institucional, con base en indicadores de resultados y de gestión, como un proceso recurrente, con mecanismos de control y seguimiento, que proporcionen periódicamente información relevante y confiable para la toma oportuna de decisiones.
j) Elabora y mantiene actualizados los manuales, de control interno, de organización, de procedimientos y demás documentos normativos relativos a sus procesos, y hacerlos del conocimiento del personal de la institución.
k) Mecanismos de control de archivo que permitan la identificación, registro, organización, ubicación, conservación, disposición, recuperación expedita y disposición final de la documentación, así como su publicación conforme a la normativa aplicable.

	Requisito	Evidencia	Responsable
I	Respaldo y compromiso con la integridad, ética y conducta	• Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Yucatán • Código de Ética y Conducta	• Director General
II	Seguimiento al Comité de Control Interno	• Sesiones de comité	• Directora Administrativa

2. Segundo componente: Administración de riesgos

	Requisito	Evidencia	Responsable
1	Programa de trabajo para la administración de riesgos	• Programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores	• Comité de Control Interno Institucional
2	Matriz de Administración de Riesgos por Unidad Administrativa	• Manual de Control Interno (anexo)	• Directores de área
3	Proceso de Administración de Riesgos	• Anexo al mMnual de Control Interno	• Coordinador de control interno

3. Tercer componente: Actividades de control.

Las actividades de control son las estrategias y acciones que permiten evitar los riesgos y asegurar que los procesos de gestión cumplan razonablemente con los objetivos y metas institucionales. Las actividades de control ayudan a asegurar que se llevan a cabo las instrucciones del Director General y permiten tener mayor certeza sobre las medidas necesarias para controlar los riesgos relacionados con la consecución de los objetivos Institucionales.

El Director General, los Directores y coordinadores de área se aseguran de:

Diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales y responder a los riesgos.

Diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control relacionadas con este, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Implementar las actividades de control a través de políticas, procedimientos y otros medios de naturaleza similar

Las actividades de control son ejecutadas en todos los niveles del Instituto conforme a las atribuciones que al respecto le confieren las disposiciones legales y normativas aplicables con evidencia de su cumplimiento en los registros correspondientes, partiendo de la elaboración del mapa de riesgos institucional.

Las actividades de control establecidas para los procesos sustantivos y procesos de apoyo, se encuentran documentadas en el manual de control interno y anexo al mismo, en los manuales de organización y manuales de procedimientos de cada unidad administrativa del Hospital.

A continuación se señalan las actividades mínimas de control establecidas en los procesos sustantivos del Instituto:

	Requisito	Evidencia	Responsable
I	Programa anual de trabajo alineado al Plan Estatal de Desarrollo	• Cronograma de Actividades • Subprogramas operativos específicos por áreas	• Directora administrativa
II	Indicadores estratégicos y de gestión evaluados trimestralmente	• Presupuesto basado en resultados/Ficha Técnica de Indicadores por Proceso	• Directora administrativa

Con respecto a los procesos de apoyo plasmados en el Anexo al Manual de Control Interno, se llevan a cabo al menos las siguientes actividades de control:

a) Administración de Recursos Financieros

Las operaciones financieras realizadas por el Hospital, y que se encuentran documentadas en el proceso Administración de Recursos Financieros, se realizan con base en la documentación soporte en la contabilidad mediante la elaboración de pólizas, conforme a las disposiciones establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás disposiciones emitidas para el proceso de Armonización Contable, considerando al menos las siguientes actividades de control:

	Requisito	Evidencia	Responsable
	Proceso de Administración de Recursos Financieros	• Anexo al Manual de Control Interno	• Directora administrativa
a	Cortes y reportes diarios de ingresos y cobranzas	• Póliza de ingreso y cuenta por pagar	• Contabilidad
b	Documentación de los Ingresos y su resguardo	• Recibos expedidos • SPEI	• Contabilidad
c	Politica de fondo fijo	• Politicas	• Contabiidad
d	Conciliaciones bancarias	• Conciliaciones bancarias	• Contabilidad
e	Facturas electrónicas	• Documentación de facturas	• Contabilidad
f	Facturas pagadas	• Comprobante de transferencia • Egreso con firma del proveedor (Cheque)	• Contabilidad
	Obligaciones fiscales	• Recibos de pagos de impuestos	• Contabilidad
	Emisión oportuna de la Información financiera y presupuestal (15 días posteriores al cierre del mes)	• Acuse de la plataforma del sistema contable	• Contabilidad
	Validación de las conciliaciones mensuales	• Expediente de conciliaciones	• Contabilidad
	Los cheques son nominativos y se registran en la contabilidad	• Registros contables • Pólizas cheque	• Contabilidad

b) Administración de Recursos Humanos

El Hospital documenta las actividades que se llevan a cabo para el control de recursos humanos mediante el proceso Administración de Recursos Humanos y se consideran, entre otras, las siguientes:

	Requisito	Evidencia	Responsable
	Proceso de Administración de Recursos Humanos	• Anexo al Manual de Control Interno	• Directora administrativa
a	Integración y resguardo de expedientes físicos del Personal	• Archiveros	• Coordinadora de Recursos Humanos
b	Nómina	• Recibos de nómina	• Coordinador de Recursos Humanos
c	Prestaciones	• Reporte de incidencias	• Coordinador de Recursos Humanos
d	Conciliaciones mensuales	• Registros electrónicos •	• Coordinador de Recursos Humanos
e		• Carpetas de conciliaciones de nóminas firmadas versus registros contables y presupuestales	• Coordinador de Recursos Humanos
f	Movimientos de personal	• Formatos internos	• Coordinador de Recursos Humanos
g	Incidencias autorizados	• Reporte de Incidencias	• Coordinador de Recursos Humanos
h	Inducción y/o capacitación	• Evaluación de la inducción • Plan Anual de Capacitación • Registros de capacitación	• Coordinador de Recursos Humanos

c) Administración de Recursos Materiales

El Hospital documenta las actividades que lleva a cabo para el control de adquisiciones mediante el proceso Administración de recursos materiales, en el cual se asegura que el producto o servicio adquirido está de acuerdo con los requerimientos de compra establecidos, así como las siguientes actividades de control:

	Requisito	Evidencia	Responsable
	Proceso de Administración de Recursos Materiales	• Anexo al Manual de Control Interno	• Directora administrativa

	Requisito	Evidencia	Responsable
a	Políticas de adquisiciones vigente	• Manual del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles	• Coordinación de Compras y Adquisiciones
b	Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles	• Actas de instalación • Actas de sesiones de Comité de Adquisiciones	• Coordinación de Compras y Adquisiciones
	Programa Anual de Adquisiciones	• Programa Anual de Adquisiciones • Acta de sesión de comité autorizada	• Coordinación de Compras y Adquisiciones
	Contratos revisados por el Área Jurídica	• Contrato o Convenio	• Coordinación jurídica
	Bases de la convocatoria aprobada	• Requerimientos técnicos • Catálogo de concursos • Presupuesto base • Bases	• Coordinción de compras y adquisiciones • Coordinación jurídica
	Cumplimiento de las disposiciones en las adjudicaciones directas e invitación cuando menos tres	• Montos máximos de adjudicaciones • Acta de la primera sesión del Comité de Adquisiciones	• Coordinación de Compras y Adquisiciones
	Autorización por el área de Informática o similar en el contrato de la adquisición de equipos de tecnología	• Información técnica de equipos recomendables a adquirir	• Coordinación de Compras y Adquisiciones
	Solicitud del bien o servicio	• Requisición • Solicitud	• Coordinación de Compras y Adquisiciones
	Verificación del cumplimiento de los requisitos aplicables de la Ley de Adquisiciones	• Determinación de montos máximos y mínimos publicados en el Presupuesto de Egresos del ejercicio fiscal del año correspondiente • Acuerdo SCG 07/2015 por el que se expiden los	• Coordinación de Compras y Adquisiciones

	Requisito	Evidencia	Responsable
		Lineamientos para la Aplicación del Anexo 15 a que hace referencia el Artículo 63 del Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Yucatán para el Ejercicio Fiscal 2015	

d) Administración de Recursos Patrimoniales

El Hospital documenta las actividades que lleva a cabo para el control de bienes muebles mediante el proceso Administración de recursos patrimoniales y servicios, considerándose, entre otras, las siguientes actividades de control:

	Requisito	Evidencia	Responsable
	Proceso de Administración de Recursos Patrimoniales	• Anexo al Manual de Control Interno	• Directora Administrativa
a	Catálogo general de bienes muebles e inmuebles	• Sistema Control Patrimonial	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales
b	Registros de Conciliación	• Carpeta de conciliación de bienes muebles e inmuebles	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales
	Registros de verificaciones físicas	• Formato de inventario de inmuebles • Formato de inventario de bienes muebles	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales
	Registros de resguardos	• Carpetas de resguardos por Dirección	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales
	Registros de baja de un bien mueble	• Acta de baja de mobiliario inservible	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales
	Expedientes de bienes muebles	• Carpetas de resguardos por Dirección	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales

	Requisito	Evidencia	Responsable
	Calendario de mantenimiento preventivo	• Programa anual de mantenimiento de bienes muebles e inmuebles	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales
	Catálogo general de bienes muebles	• Sistema Control Patrimonial	• Coordinador de Mantenimiento y Servicios Generales

4. Cuarto componente: Información y comunicación

El Director General, en conjunto con los Directores y coordinadores de área desarrollan mecanismos que permiten a las unidades administrativas del Hospital generar y utilizar información pertinente y de calidad. Es por ello, que los Directores y los coordinadores de área son responsables de que las unidades administrativas se comuniquen interna y externamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones legales y normativas aplicables, la información de calidad, necesaria para contribuir a la consecución de objetivos institucionales.

	Requisito	Evidencia	Responsable
1	Medición y Análisis de objetivos y metas institucionales	• Informe de Resultados de Objetivos Institucionales • Informe de Resultados de Administración de los Riesgos • Informe de Resultados de Evaluación Interna • Informe de Resultados de Auditoria de Control Interno • Procesos del sistema de control interno • Planes de acción	• Directores de las unidades administrativas de la Secretaría
2	Información periódica de avances del Sistema de Control Interno	• Minutas de acuerdos • Actas de sesión ordinarias o extraordinarias • Expediente de Control Interno	• Coordinador de Control Interno

5. Quinto componente: Supervisión

La supervisión es el proceso que sirve para comprobar que se mantiene un adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno Institucional a lo largo del tiempo. Esta se lleva a cabo por los servidores públicos responsables de cada nivel a fin de mantener y elevar su eficiencia y eficacia.

Para llevar a cabo la supervisión, el Director General, los Directores y coordinadores de área revisan permanentemente las operaciones y actividades de control que se ejecutan y atiende con diligencia la causa de las debilidades identificadas, con prioridad en las de mayor importancia y dejando evidencia en papeles de trabajo, de acuerdo a lo que se indica a continuación:

	Requisito	Evidencia	Responsable
1	Identificación de debilidades detectadas, autorizadas y evaluadas	• Plan de acción • Expediente de Control Interno	• Directores de las unidades administrativas de la Secretaría • Coordinador de Control Interno
2	Documentación generada por el Comité de Control Interno Institucional	• Acta de sesiones • Expediente de Control Interno	• Secretario Ejecutivo del Comité de Control Interno • Coordinador de Control Interno
3	Evaluar el sistema de control interno institucional	• Proceso para Planear, Medir, Analizar y Evaluar las Operaciones del Sistema de Control Interno • Proceso para Evaluar el Sistema de Control Interno • Proceso para Administrar Riesgos Institucionales y/o Susceptibles de Corrupción	• Coordinador de Control Interno

X. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

1.1 Evaluación interna

El Director General del Hospital se asegura que se lleve a cabo una evaluación interna en los meses de octubre y noviembre del ejercicio en curso conforme al "Proceso de Evaluación Interna", para

determinar el estado actual del Sistema de Control Interno Institucional. Esta evaluación permite conocer el grado de seguridad razonable que el control interno brinda en cuanto a la consecución de los objetivos institucionales.

1.2 Programa de Auditoría

Para llevar a cabo la evaluación interna a que se refiere el artículo anterior, el Hospital elabora un Programa de Evaluación Interna, tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas. Para tal efecto establece un proceso documentado en el Anexo al Manual de Control Interno Institucional para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías

El programa de evaluación interna, determina el alcance de los procesos y procedimientos, que puede variar dependiendo del tamaño y la naturaleza de las unidades administrativas, así como de la funcionalidad, complejidad y el nivel de madurez del Sistema de Control Interno Institucional que se va a evaluar y de asuntos de importancia para el mismo.

El Director General del Hospital designa a los servidores públicos responsables de llevar a cabo la evaluación, que serán liderados por el Coordinador de Control Interno, el cual es el responsable de organizar y programar las actividades relativas al programa de auditoría para asegurar la realización de las mismas de acuerdo a lo programado.

1.3 Desarrollo de la Evaluación Interna

El Coordinador de Control Interno, con la autorización del Director General del Hospital, es el responsable de establecer el contacto con la Unidad Administrativa evaluada, a fin de proporcionar a éste la información sobre los objetivos de la evaluación interna, el alcance, los métodos y el equipo que hará la revisión.

El Coordinador de Control Interno realiza las siguientes actividades:

- Solicita a la Unidad Administrativa evaluada, la información y documentación necesaria para llevar a cabo la evaluación a que se refiere esta sección;
- Elabora un programa de trabajo, en el que se detalle las actividades que se van a realizar, estableciendo los plazos y el personal responsable de llevarlas a cabo;
- En conjunto con el personal designado por el Director General para la práctica de la evaluación interna, aplica entrevistas con base en los Componentes del Control Interno con el personal responsable de las unidades administrativas y solicita la evidencia que

respalde las afirmaciones contenidas en las mismas, a efecto de que mediante un muestreo apropiado, verifique su conformidad con los presentes Disposiciones;

- Comunica periódicamente los progresos y cualquier inquietud del evaluado;
- Asigna una calificación al resultado de las de las entrevistas y pruebas aplicadas con base a lo establecido en el artículo 68 y 69 de los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional del Gobierno del Estado de Yucatán;
- Emite un informe de resultados en el que determina el nivel de confianza del Sistema de Control Interno en la Unidad Administrativa evaluada. Dicho informe se dará a conocer a los miembros del Comité de Control Interno Institucional a fin de emitir las recomendaciones a que haya lugar.

1.4 Informe de resultados de la evaluación interna

El Hospital se asegura de que las deficiencias de control interno identificadas en las evaluaciones internas se controlan para prevenir su recurrencia, mediante acciones correctivas, preventivas o de mejora plasmadas en planes de acción, que son verificados según tiempo establecido por los responsables de los mismos.

Como resultado de la evaluación interna que realiza el Hospital, el Director General informa al Titular de la Secretaría de la Contraloría General y al titular del órgano de control interno asignado al Hospital, a más tardar el 31 de enero del ejercicio inmediato posterior, sobre el nivel de confianza que guarda el Sistema de Control Interno Institucional, señalando los avances más importantes efectuados al respecto y destacando las situaciones relevantes que requieren de atención para mejorar los procesos de control y evitar su debilitamiento.

El informe anual contiene al menos 3 cuartillas y se integra con los siguientes apartados:

I. Resultados alcanzados con la implementación y/o fortalecimiento del control interno del año en curso;
II. Aspectos relevantes derivados de la evaluación interna
III. Resultado de la evaluación de indicadores de desempeño, a fin de medir el grado de cumplimiento de los objetivos planteados en términos de eficiencia, eficacia y calidad, y;
IV. Programa Anual de Trabajo de Control Interno autorizado en Sesión del Comité para el ejercicio posterior y el compromiso de cumplir en tiempo y forma con las acciones de mejora establecidas en el mismo.

2. Revisiones de control interno

Los Titulares de los Órganos de Control Interno o los auditores asignados pueden realizar revisiones de control interno al Hospital, conforme al procedimiento descrito en los Lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal.

2.1 Inicio de los trabajos

El auditor debe hacer llegar la orden de inicio de la revisión de control interno al Director, a fin de notificar el inicio de los trabajos de revisión y la designación del personal del órgano de control interno que llevará a cabo dichos trabajos.

2.2 Enlace de auditoría

El Director General, una vez recibida la orden de inicio de auditoría, puede nombrar a un servidor público, que debe tener, al menos, el nivel de director, para que funja como enlace de la revisión durante el desarrollo de los trabajos de fiscalización. Para tal efecto, los auditores que intervengan en la diligencia de inicio de la revisión dejan constancia, mediante la elaboración un acta circunstanciada, en presencia de dos testigos propuestos por la persona con quien se entienda la diligencia.

El enlace de la revisión del control interno tendrá las siguientes atribuciones:

I. Recibir las solicitudes de información que resulten necesarias, ya sea de información preliminar o complementaria.
II. Coordinar las entrevistas con los servidores públicos de las unidades administrativas.
III. Recabar, integrar y proporcionar la información que solicite el auditor durante el desarrollo de los trabajos de fiscalización.
IV. Acudir a la lectura del informe de la revisión de control interno.
V. Las demás relacionadas con la auditoría en proceso.

2.3 Solicitud de información preliminar

El auditor elabora la solicitud de información preliminar, a fin de obtener la evidencia suficiente para identificar los procesos y determinar la naturaleza, el alcance y la oportunidad de las pruebas a realizar. Para tal efecto, se cuenta un plazo máximo de seis días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la notificación del oficio respectivo, para la recepción de la información solicitada.

2.4 Cuestionarios de control interno.

El auditor elabora los cuestionarios de control interno con base en los requerimientos contemplados en los componentes de control interno establecidos en estos lineamientos, y puede incluir las preguntas que considere necesarias, relacionadas con los manuales de organización, de procedimientos y demás normativa aplicable con que cuente la institución.

Dichos cuestionarios son entregados a los responsables de las unidades administrativas seleccionadas a fin de que estos respondan y adjunten la evidencia que sustenta las actividades de control contenidas en estos cuestionarios.

2.5 Carpeta de evidencias

El responsable de cada unidad administrativa seleccionada, responde cada uno de los reactivos incluidos en los cuestionarios, señalados de manera positiva o negativa. Si la respuesta es positiva, deberá señalar que la actividad se encuentra documentada en el manual de control interno, de organización o de procedimientos del el Sistema de Control Interno Institucional e integrar la evidencia que la sustente en una carpeta de evidencias que deberá adjuntarse al cuestionario.

En el caso de que la documentación o la evidencia se encuentra en forma electrónica, las unidades administrativas podrán entregarlas en medios digitales, si así se encuentra establecido en el manual de procedimientos correspondiente.

2.6 Entrevistas de verificación

Una vez transcurridos seis días hábiles, contados a partir del día siguiente a la entrega de los cuestionarios, el auditor acude con el responsable de la unidad administrativa correspondiente, en la fecha y hora señalada previamente, a fin de revisar las respuestas y la carpeta de evidencias. De manera extraordinaria, y cuando existan causas debidamente justificadas, a juicio de la contraloría, se podrán otorgar las prórrogas que al respecto solicite el Hospital.

2.7 Evidencia idónea

El auditor obtiene la evidencia suficiente y competente mediante la solicitud de información administrativa, financiera, presupuestal y legal que considere necesaria para la revisión, así como a través de la aplicación de pruebas de cumplimiento y otras pruebas complementarias, a fin de determinar que los componentes de control interno existen en las unidades administrativas evaluadas y funcionan satisfactoriamente.

En su caso, el auditor puede solicitar información adicional cuando, derivado de los resultados encontrados durante el desarrollo de la revisión, determine la necesidad de ampliar la naturaleza, alcance y oportunidad de las pruebas de cumplimiento, lo cual se hará del conocimiento previo al Hospital.

2.8 Criterio para definir el alcance de las pruebas

El auditor define el alcance de las pruebas de cumplimiento con base en la frecuencia aproximada de ocurrencia de las actividades relacionadas con los procesos o procedimientos contenidos en los cuestionarios y sujetos a revisión.

Frecuencia aproximada de la ocurrencia de la actividad	Número de muestras para la prueba de cumplimiento
Una vez al año	1
Una vez al mes	Al menos 5
Una vez a la semana	Al menos 10
Más de una vez a la semana	Al menos 15

2.9 Criterio de calificación

El auditor asigna una calificación a los cuestionarios de control interno y pruebas aplicadas.

Controles documentados e implementados (entrevista)	Calificación
Si	1
No	0

Solo se considerará que los controles están documentados e implementados cuando se encuentren validados dichos manuales descritos en 10.2. Documentación del Control Interno y cuenten con la evidencia suficiente, adecuada y validada a través de las pruebas de cumplimiento.

Con base en la tabla anterior, se deberá determinar la puntuación obtenida en la entrevista, mediante la suma algebraica de las calificaciones asignadas a cada uno de los puntos.

2.10 Resultado final

La calificación final de la evaluación se determinará señalando el porcentaje que representa la puntuación obtenida entre el total la calificación máxima posible. El resultado de la prueba se interpretará como el nivel de confianza que puede tenerse de que se cumplan los objetivos del Instituto con base en los siguientes parámetros:

Nivel de confianza	Resultado de la evaluación (%)	Razonamiento
Máxima	100 - 90	Existe un mínimo riesgo de que no se cumplan los objetivos
Satisfactorio	89 - 80	Existe un riesgo moderado de que no se cumplan los objetivos
Moderada	79 - 70	Existe un riesgo alto de que no se cumplan los objetivos

Mínima	69 o menos	Existe un riesgo máximo de que no se cumplan los objetivos

2.11 Informe de resultados de la contraloría

La Contraloría emite un informe del resultado de la revisión de control interno en el que determina el nivel de confianza del Sistema de Control Interno Institucional de acuerdo con el resultado final, así como las recomendaciones a que haya lugar. El informe deberá contener las fortalezas y debilidades detectadas en el desarrollo de la revisión.

Por lo que se refiere a las debilidades, estas deberán contemplar al menos las actividades de control que tuvieron calificación cero, en términos de lo señalado en los criterios de calificación de este manual.

El titular del órgano de control interno de las instituciones deberá presentar al respectivo comité de control interno institucional, para su conocimiento, el informe de resultados.

Dicho informe se hace del conocimiento del Director General del Hospital de la Amistad.

2.12 Planes de Acción

El plan de acción contiene las acciones a ejecutar, a fin de minimizar las consecuencias negativas de las debilidades identificadas como resultado de la revisión de control interno y dar continuidad a los objetivos del Hospital, y contiene acciones correctivas, preventivas o de mejora.

Así mismo, podrán establecerse planes de acción como resultado de la evaluación interna, quejas, debilidades identificadas en la operación diaria, acuerdos del comité de control interno institucional, entre otros, en un plazo de treinta días naturales contados a partir de su notificación, con responsables de elaboración y autorización, así como el tiempo estimado para la implementación y verificación de los planes.

Solamente una vez se puede reprogramar un plan de acción, en caso de no atenderlo se incorpora al programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores.

Las unidades administrativas del Hospital documentan planes de acción en el que asegura que las deficiencias de control interno, identificadas, se controlarán en los procedimientos correspondientes para prevenir su recurrencia. La contraloría puede dar seguimiento a dichos planes documentados.

XI. PARTICIPACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

1. Responsabilidad y funciones del titular

El Director General es responsable de asegurar el establecimiento de líneas de responsabilidad, con el fin de que su institución cuente con un control interno apropiado, y con las siguientes características:

I. Que sea acorde con el tamaño, estructura, circunstancias específicas y la normativa que regule a la institución.
II. Que contribuya de manera eficaz, eficiente y económica a alcanzar los objetivos del control interno.
III. Que asegure, de manera razonable, la salvaguarda de los recursos públicos, la actuación honesta de todo el personal y la prevención de actos de corrupción.

No obstante lo anterior, todo el personal de la institución es responsable de que existan controles adecuados y suficientes para el desempeño de sus funciones específicas, por lo que contribuirán al logro eficaz y eficiente de sus objetivos, de acuerdo con el modelo de control interno establecido y supervisado por los Directores de las unidades administrativas.

El Director General del Hospital de la Amistad se compromete a desarrollar, implementar y mantener el Sistema de Control Interno Institucional y a mejorar continuamente su efectividad al:

I. Asegurar que exista un entorno de control positivo, por lo cual deberá llevar a cabo las acciones necesarias para sensibilizar a los servidores públicos del Instituto respecto a su obligación para con el control interno.
II. Asegurar el llevar a cabo la implementación del Sistema de Control Interno Institucional y vigilar su funcionamiento.
III. Supervisar y evaluar periódicamente el Sistema de Control Interno Institucional y mejorarlo con base en los resultados de las evaluaciones periódicas realizadas por revisores internos y externos.
IV. Para el logro de los objetivos del control interno, los titulares del Hospital deberán proporcionar un nivel de seguridad razonable respecto a que:
   a) Se cuenta con medios o mecanismos para conocer el avance en el logro de los objetivos y metas, así como para identificar, medir y evaluar los riesgos que pueden obstaculizar su consecución;
   b) La información financiera, presupuestal y de gestión se prepara y obtiene en términos de integridad, confiabilidad, oportunidad, suficiencia y transparencia en términos de las disposiciones normativas aplicables;
   c) Se cumple con las leyes, reglamentos y demás disposiciones administrativas que rigen el funcionamiento de las Dependencias y Entidades;
   d) Los recursos están protegidos adecuadamente y en condiciones de disponibilidad y
   e) Los procesos y/o procedimientos sustantivos y de apoyo para el logro de metas y objetivos, están implementados y se mejoran en forma permanente para prevenir o corregir desviaciones u omisiones que afecten su debido cumplimiento.

V. Promover la prevención e identificación de riesgos de corrupción, así como de las estrategias y acciones a seguir.

2. Responsabilidad de los directores y jefes de departamento

Son directamente responsables del diseño, la implementación y la eficacia operativa del control interno, así como la documentación de sus manuales de organización y de procedimientos, en sus respectivas áreas del Instituto, por lo que deberán considerar las actividades de control que le sean aplicables.

3. Responsabilidad de los servidores públicos

Los servidores públicos del Hospital que no forman parte del punto anterior son responsables de informar sobre cuestiones o deficiencias relevantes que hayan identificado en relación con los objetivos institucionales de operación, información, cumplimiento legal, salvaguarda de los recursos y prevención de actos de corrupción.

4. Responsabilidad del coordinador de control interno

El Director General designa un coordinador de control interno con un nivel de al menos jefe de departamento, que, en apoyo a los directores, subdirectores y jefes de departamento, coordinará y supervisará las actividades para el diseño, implementación y actualización del Sistema de Control Interno Institucional en los términos de este Manual.

El coordinador de control interno informa y orienta al personal de las unidades administrativas a través de una metodología, la manera de administrar los riegos del Hospital, así también de las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se alinea.

5. Atribuciones de la Secretaría de la Contraloría General

La Secretaría de la Contraloría General tiene la atribución de supervisar la implementación del Sistema de Control Interno Institucional en el Hospital, así como evaluar y validar su eficacia y eficiencia con base en los resultados obtenidos de manera directa a través de las revisiones de control interno y de las evaluaciones internas aplicadas.

XII. COMITÉ DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

1. Objeto

El comité de control interno es el órgano colegiado de asesoría y consulta del Instituto, que tiene por objeto impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional, así como el análisis y seguimiento para la detección y administración de riesgos.

2. Atribuciones

El Comité de Control Interno Institucional tiene las siguientes atribuciones:

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de los objetivos y metas institucionales con enfoque a resultados para la mejora del sistema, así como el seguimiento permanente de sus componentes, principios y elementos de control y a las acciones de mejora comprometidas con el programa anual de trabajo de control interno.
II. Llevar a cabo el diagnóstico de la situación actual del control interno.
III. Aprobar el programa anual de trabajo de control interno y el programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores.
IV. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias.
V. Asegurar la promoción y entendimiento de los requerimientos de la normatividad en materia de Control Interno.
VI. Aprobar las actividades necesarias para la implementación del Sistema de Control Interno y supervisar su cumplimiento.
VII. Asegurar que los procesos y/o procedimientos necesarios para el Sistema de Control Interno, son establecidos, implementados y mantenidos.
VIII. Reportar al Director General sobre el funcionamiento del Sistema de Control Interno Institucional con base en los indicadores de desempeño y cualquier necesidad de mejora.
IX. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño del Hospital.
X. Emitir recomendaciones derivadas de los informes de resultados delas evaluaciones internas realizadas.
XI. Aprobar el informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y los acuerdos necesarios para dar cumplimiento a las recomendaciones contenidas en los informes de resultados de la evaluación interna y de revisión de control interno.
XII. Emitir acuerdos que fortalezcan el cumplimiento, en tiempo y forma, de las acciones de mejora del programa de trabajo de control interno y de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia, así como su reprogramación o replanteamiento.
XIII. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la administración de riesgos, derivados de la revisión del programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores, con base en la matriz de administración de riesgos y el mapa de riesgos, así como de sus actualizaciones; del reporte de avances semestral de dicho programa; del análisis del resultado anual del comportamiento de riesgos, y de la recurrencia de observaciones derivadas de las auditorías o revisiones del órgano fiscalizador u otros externos.

3. Programa anual de trabajo

El Hospital elabora y somete a aprobación del Comité, el Programa Anual de Trabajo de Control Interno del Ejercicio en curso, en el que se incluyen las actividades necesarias para la implementación y/o mejora del Sistema de Control Interno Institucional, el orden de la prioridad con que se realizan, los plazos asignados para su consecución y la asignación de responsables. Dicho programa se autoriza en la Sesión de Instalación de Comité y posteriormente en la última Sesión Ordinaria del ejercicio en curso.

Los avances o modificaciones al programa anual de trabajo de control interno se presentan ante el comité para el conocimiento, aprobación y dejar evidencia en actas de sesión.

4. Integración

El Comité está integrado por los siguientes miembros:

I. Presidente. El Director General del Hospital
II. Secretario Ejecutivo. El Director Administrativo.
III. Vocales. Directores y Subdirectores de las unidades administrativas.

El Director General del Hospital designa a los integrantes del Comité de Control Interno, quienes tienen al menos nivel de Director. Los miembros propietarios pueden nombrar a sus respectivos suplentes de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos.

En los casos en los que el Director General considere necesario, éste podrá designar a uno o varios miembros del Comité con categoría inferior a Director.

5. Invitados

Los Invitados permanentes. El comisario de Control Interno del Hospital y el Coordinador de Control Interno. (Previa invitación del Director General).

Los invitados participan únicamente con derecho a voz.

6. Suplencias

El secretario ejecutivo suplirá de manera personal en caso de ausencia al presidente del comité en la sesión del control interno que corresponda.

Los demás integrantes del comité podrán nombrar, por escrito dirigido al secretario ejecutivo o por medio electrónico, a sus respectivos suplentes de nivel jerárquico inmediato inferior, pero no menor a jefe de departamento, quienes intervendrán en ausencia de aquellos.

Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los integrantes propietarios.

El secretario ejecutivo dejará constancia de las suplencias en el acta de la sesión que corresponda.

7. Carácter de los cargos

Los cargos de los integrantes del Comité de Control Interno son de carácter honorífico, por lo tanto quienes los ocupan no devengan retribución alguna por su desempeño.

8. Sesiones

El Comité sesiona de manera ordinaria al menos dos veces al año y en forma extraordinaria, cuando los considere pertinente el presidente o cuando lo solicite la mayoría de los integrantes.

9. Convocatoria

La convocatoria se remite por el Secretario Ejecutivo a los miembros e invitados señalando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la documentación. Esta se envía con una anticipación no menor a 5 días hábiles a la celebración de la sesión ordinaria. Para el caso de las sesiones extraordinarias se notificará con una anticipación de 2 días hábiles.
Las convocatorias de las sesiones se realizarán mediante oficio o correo electrónico y deben señalar, por lo menos, el carácter y el número de la sesión, el día, la hora y el lugar de su celebración. Adicionalmente, el orden del día.

10. Cuórum

Las sesiones se llevan a cabo de manera presencial, registrando la asistencia de los participantes. El quórum legal del Comité se integra con la asistencia de la mayoría de sus miembros, siempre que participen el presidente o el Secretario Ejecutivo.

De no haber quórum se emite una segunda convocatoria para sesión y se realiza con los que asistan. Para esta sesión debe transcurrir al menos 24 horas a partir de la convocatoria.

11. Orden del día

La propuesta del Orden del día, acompañada de la carpeta de la sesión se adjunta a la convocatoria que incluye al menos lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión.
II. Aprobación del orden del día.
III. Seguimiento de acuerdos.

IV. Propuesta de acuerdos.
V. Reporte de avances del cumplimiento del programa anual de trabajo.
VI. Asuntos Generales.
VII. Revisión y ratificación de acuerdos adoptados en la sesión.
VIII. Clausura de la Sesión.

12. Propuestas de acuerdo

Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros del comité deberán establecer acciones concretas dentro de la competencia de la Secretaría de la Contraloría General, precisando los responsables de su atención, así como la fecha para su atención.

El secretario ejecutivo verifica el cumplimiento de los acuerdos por parte de los responsables, conforme a los términos y plazos establecidos.

Solo con la debida justificación, el comité puede fijar, por única vez, una nueva fecha compromiso. En caso de incumplimiento, el secretario ejecutivo determina incorporarlo al programa de trabajo de administración de riesgos de corrupción y de atención de observaciones recurrentes de órganos fiscalizadores.

13. Actas

Al término de cada sesión ordinaria o extraordinaria se elabora un acta en la que se registran los compromisos acordados y se da seguimiento a los acuerdos de sesiones anteriores. Dicha acta contiene al menos lo siguiente:

I. Nombres y cargos de los asistentes;
II. Asuntos tratados;
III. Acuerdos aprobados, y
IV. Firma autógrafa de los integrantes, invitados permanentes e invitados.

El secretario ejecutivo del comité remite a los integrantes y a los invitados correspondientes el proyecto de acta a más tardar a los dos días hábiles posteriores a la fecha de celebración de la sesión.

Los integrantes del comité y, en su caso, los invitados revisarán el proyecto de acta y enviarán sus comentarios al secretario ejecutivo y al coordinador de control interno, dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción; de no recibirlos se tendrá por aceptado el proyecto y se recaban las firmas a más tardar dentro en los quince días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión.

XIII. FACULTADES Y OBLIGACIONES

1. Presidente del comité

El Presidente del Comité tiene las funciones siguientes:

I. Declarar el quórum y presidir las sesiones.
II. Convocar a las sesiones.
III. Determinar con el Secretario Ejecutivo, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Instituto, y someter a aprobación del comité.
IV. Poner a consideración de los miembros del Comité el Orden del Día y las propuestas de acuerdos para su aprobación.
V. Girar instrucciones para promover que los acuerdos se cumplan en tiempo y forma.
VI. Proponer el calendario de sesiones ordinarias en la última sesión ordinaria del ejercicio inmediato anterior, excepto por la que deberá presentarse en la Sesión de Instalación del Comité referido.
VII. Dirigir acciones encaminadas a dar cumplimiento al objeto del comité
VIII. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias.
IX. Autorizar la participación de invitados externos.
X. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión.
XI. Ejercer el voto de calidad en caso de empate.
XII. Designar al Coordinador de Control Interno que será el enlace en el proceso de implementación, evaluación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional.
XIII. Someter a aprobación del Comité, el Programa Anual de Control Interno Institucional en la última sesión ordinaria del ejercicio en curso.
XIV. Elaborar el informe anual sobre el estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y darlo a conocer a los integrantes e invitados permanentes del comité.

2. Secretario ejecutivo del comité

De igual manera el Secretario Ejecutivo del Comité tiene las funciones siguientes:

I. Asistir a sesiones del comité.
II. Apoyar al presidente del comité, en sus funciones.
III. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum.
IV. Determinar, con el Presidente del Comité, los asuntos del Orden del Día a tratar en las sesiones del Comité y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Instituto.
V. Elaborar la propuesta de Orden del Día de las sesiones.
VI. Convocar a las sesiones.

VII. Coordinar la integración de la carpeta de los asuntos a tratar para su consulta por los convocados, de acuerdo con los tiempos señalados.
VIII. Asesorar a los miembros para coadyuvar al mejor cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales.
IX. Implementar las acciones a seguir para la instrumentación de las actividades relacionadas con el Sistema de Control Interno Institucional en términos de las presentes Disposiciones.
X. Dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables.
XI. Dar a conocer a los miembros del Comité, el informe anual sobre el estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.
XII. Elaborar las actas de las sesiones, enviarlas para revisión de los miembros y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo.

3. Coordinador de control interno

El Coordinador de Control Interno, en apoyo al funcionamiento del Comité, tiene las funciones siguientes:

I. Solicitar a las unidades administrativas la información para la integración de la carpeta.
II. Revisar y validar que la información institucional sea suficiente y relevante, y remitirla al Secretario Ejecutivo para la conformación de la carpeta, a más tardar 10 días hábiles previos a la celebración de la sesión.
III. Apoyar al Secretario Ejecutivo en la implementación de las acciones a seguir para la instrumentación de las disposiciones relacionadas con el Sistema de Control Interno Institucional en términos de las presentes disposiciones.

4. Integrantes del comité

Corresponde a cualquiera de los miembros del Comité, excepto en el caso de los invitados:

I. Participar con voz y voto en las sesiones del Comité y proponer los asuntos a tratar en las mismas.
II. Proponer, en el ámbito de su competencia, los acuerdos para la atención de los asuntos de las sesiones y cuando exista alguna problemática en el cumplimiento de los objetivos de la Instituto.
III. Proponer acuerdos con cuando menos siete días de anticipación a la fecha de la sesión del Comité.
IV. Aprobar acuerdos para fortalecer el desempeño de la Instituto.
V. Impulsar en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos o recomendaciones aprobados.

VI. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y/o falta de atención de los asuntos.
VII. Proponer la participación de invitados externos.
VIII. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.
IX. Analizar la carpeta de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos.
X. Analizar el proyecto de acta de la sesión y emitir, en su caso, comentarios al respecto en el plazo establecido.
XI. Promover el cumplimiento de las presentes Disposiciones, y
XII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

XIV. RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS

1. Sanciones

La inobservancia de este Manual podrá dar lugar a la determinación de las responsabilidades a que haya lugar y la imposición de las sanciones procedentes, de acuerdo con la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Yucatán.
Las responsabilidades administrativas se determinarán sin perjuicio de aquellas otras responsabilidades que procedan conforme a las disposiciones normativas y legales aplicables.

XV. DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

Unidad administrativa	Documento	Código
Dirección de Administración	Proceso para Administrar Recursos Humanos	PA-DAD-01
	Proceso para Administrar Recursos Financieros	PA-DAD-02
	Proceso para Administrar Recursos Patrimoniales	PA-DAD-03
	Proceso para Administrar Recursos Materiales	PA-DAD-04
Dirección Médica	Proceso Area Medica	PS-DME-01
	Proceso de Nutrición	PS-DME-02

XVI. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Número de revisión	Actividad

XVII. FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Él C. Raúl Humberto Peniche Rodríguez titular del Hospital de la Amistad del Estado Libre y Soberano de Yucatán, México; con fundamento en los Artículos 11 Bis; 27, fracción III; del Código de la Administración Pública del Estado de Yucatán y los Artículos 11, apartado A, fracción XVI; del Reglamento Código de la Administración Pública del Estado de Yucatán; y el Artículo 14 y 15 fracción I, párrafo séptimo, de los Lineamientos para la Implementación del Sistema de Control Interno Institucional, expide el presente Manual de Control Interno del Hospital de la Amistad, mismo que fue sometido al análisis y aprobación del Comité de Control Interno Institucional y al Órgano de Gobierno.

Atentamente:

Dr. Raúl Humberto Peniche Rodríguez.
Director General del
Hospital de la Amistad.