



**Informe Anual del Estado que
Guarda el Sistema de Control
Interno Institucional
2023**

[Handwritten signature]

Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.

EJERCICIO 2023

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON), presenta el Informe Anual del Sistema de Control Interno Institucional correspondiente al ejercicio 2023, en cumplimiento a la normatividad establecida en el Título Segundo, Capítulo II, Sección II. Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional, numeral 9 de su presentación; del Manual Administrativo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública Estatal de Sonora.

El presente informe fue integrado con el propósito de informar a la Secretaría de la Contraloría General, la Dirección General de Desarrollo Administrativo de la Secretaría de la Contraloría General, al Órgano Interno de Control, al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) y a la Junta Directiva, sobre el avance en el cumplimiento de las actividades marcadas en el mismo manual, las cuales son: el Comité de Control y Desempeño Institucional, Administración de Riesgos y la Autoevaluación, mismas que se describen más adelante.

1. Comité de control y desempeño institucional.

En agosto del 2017, se llevó a cabo la Instalación del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.

En el ejercicio fiscal 2023 se realizaron cuatro sesiones ordinarias, mediante las cuales se dio seguimiento puntual al Programa de Trabajo de Control Interno y de Administración de Riesgos, a fin de monitorear el avance de las actividades de cada elemento de control seleccionado para mejora y los riesgos institucionales establecidos en la agenda, lo anterior con el objetivo de tomar los acuerdos correspondientes e impulsar las actividades y acciones que atenderán las debilidades identificadas en el Instituto.

1.1 Sesiones.

	4to. Trimestre			1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre		
ACTIVIDAD	ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
Sesiones Trimestres COCODI	20/01			18/04			14/07			20/10		

1.2 Acuerdos relevantes celebrados en las sesiones, así como su avance y cumplimiento.

Acuerdo	Unidad Administrativa Responsable	Avance	Fecha compromiso
En la 1ra sesión ordinaria del COCODI, se aprobó de la Agenda de Riesgos 2023 del ISSSTESON	Todas las Unidades Administrativas	Trimestralmente se presentaron los avances Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y al cierre del ejercicio 2023 se logró un cumplimiento del 98.2%	31/12/2023
En la segunda sesión ordinaria del COCODI, se aprobaron nuevos riesgos para ser integrados a la agenda de riesgos 2023.	Subdirección de Servicios Médicos/Unidad de Tecnologías de la Información/ Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	Trimestralmente se presentaron los avances Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y al cierre del ejercicio 2023 se logró un cumplimiento del 98.2%	31/12/2023
En la segunda sesión ordinaria del COCODI, se aprobó el Marco Integrado de Control Interno del ISSSTESON	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	El Marco Integrado de Control Interno del ISSSTESON, se publicó en la página oficial del ISSSTESON, el cual está disponible en el módulo de Transparencia.	31/07/2023

2. Administración de riesgos.

La administración de riesgos es el proceso continuo para detectar y gestionar las problemáticas que pudieran impedir el cumplimiento de los objetivos y metas de la institución a nivel operativo, directivo y/o estratégico. El presente informe incluye las actividades realizadas en el período comprendido de febrero a diciembre de 2023.

Las actividades realizadas son las siguientes:

- a) *Riesgos con cambios en la valoración al corte anual de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;*

Acorde al planteamiento de la agenda de riesgos para el ejercicio 2023, se procedió a la valoración inicial de los mismos conforme a la existencia de controles, el seguimiento trimestral informado al COCODI correspondió a la respuesta y evidencia presentada por las unidades administrativas responsables. Al cierre del ejercicio 2023 se realizó la valoración final de los riesgos, los cuales fueron estimados por las unidades responsables acorde a la eficacia de los controles implementados.

Los riesgos que se encuentran en el cuadrante verde (controlado) son:

R1	Emisión de dictámenes de invalidez presentados con inconsistencias. (2022)
R10	Usuarios SIREgob de las diferentes Unidades Responsables del Instituto generan registros inconclusos.
R11	Organismos afiliados al ISSSTESON no realizan los pagos de cuotas y aportaciones en tiempo.

Los riesgos que se encuentran en el cuadrante azul (seguimiento) son:

R2	Productividad Médica ingresada con rezago en las coordinaciones médicas.
R7	Medicamentos próximos a caducar administrados de forma inadecuada.
R8	Procedimientos licitatorios operados inadecuadamente comprometen el cumplimiento de la normatividad
R9	Juicios notificados no sistematizados en base de datos
R12	Convenios de Seguridad Social celebrados con Organismos y Ayuntamientos son incumplidos.
R13	Sistema SIREgob implementado opera de forma limitada.
R14	Centro de procesamiento de datos operando con riesgo por falta de protección en planta eléctrica
R17	Activos digitales alterados por falta de seguridad perimetral

Los riesgos que se encuentran en el cuadrante amarillo (atención periódica) son:

R3	Pensiones y Jubilaciones tramitadas pendientes de otorgar
R4	Pensiones pagadas a personas fallecidas

Los riesgos que se encuentran en el cuadrante rojo (atención inmediata) son:

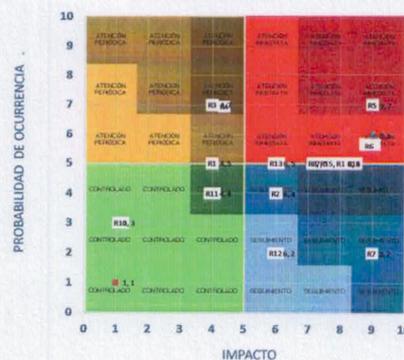
R5	Créditos Hipotecarios validados no pagados
R6	Créditos en mora prescritos por cobranza no efectiva
R15	Indicadores estratégicos y de gestión de la MIR incumplidos, vulneran el objetivo de los planes y programas institucionales.
R16	Expedientes de emisión de dictámenes de invalidez definitiva y parcial, integrados indebidamente

Subsecretaría de Desarrollo Administrativo y Tecnológico
 Dirección de Sistemas de Control Interno Gubernamental
 Mapa de Riesgos
 Administración de Riesgos de ISSSTESON
 Formato FCI-0E.2 / 3-5

NO	RIESGO	CORUPCIÓN	VALORACIÓN FINAL (RIESGO RESIDUAL)		Selección	Siglas de las UD
			GRADO DE IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA		
R1	Emisión de dictámenes de invalidez presentados con inconsistencias. (2022)	No	4	5	SI	SDSM
R2	Productividad Médica ingresada con rezago en las coordinaciones médicas.	No	6	4	SI	SDSM
R3	Pensiones y Jubilaciones tramitadas pendientes de otorgar	No	4	7	SI	SPJP
R4	Pensiones pagadas a personas fallecidas.	No	4	7	SI	SPJP
R5	Créditos Hipotecarios validados no pagados	No	9	7	SI	UFVI
R6	Créditos en mora prescritos por cobranza no efectiva	No	9	8	SI	UFVI
R7	Medicamentos próximos a caducar administrados de forma inadecuada.	No	9	2	SI	SDSA
R8	Procedimientos licitatorios operados inadecuadamente comprometen el cumplimiento de la normatividad	No	7	5	SI	SDSA
R9	Juicios notificados no sistematizados en base de datos	No	8	5	SI	UI
R10	Usuarios SIREgob de las diferentes Unidades Responsables del instituto generan registros inconclusos.	No	1	3	SI	SDF
R11	Organismos afiliados al ISSSTESON no realizan los pagos de cuotas y aportaciones en tiempo.	No	4	4	SI	SDF
R12	Convenios de Seguridad Social celebrados con Organismos y Ayuntamientos son incumplidos.	No	6	2	SI	SDF
R13	Sistema SIREgob implementado opera de forma limitada.	No	6	5	SI	UTI
R14	Centro de procesamiento de datos operando con riesgo por falta de protección en planta eléctrica	No	6	5	SI	UTI
R15	Indicadores estratégicos y de gestión de la MIR incumplidos, vulneran el objetivo de los planes y programas institucionales.	No	9	7	SI	UPET
R16	Expedientes de emisión de dictámenes de invalidez definitiva y parcial integrados indebidamente	No	9	7	SI	SDSM
R17	Activos digitales alterados por falta de seguridad perimetral	No	7	4	SI	UTI

GOBIERNO SONORA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL

MAPA DE RIESGOS



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

Derivado de las mesas de trabajo que fueron realizadas periódicamente con los Enlaces Permanentes de Control Interno de las diversas áreas del Instituto para verificar el apego a los compromisos establecidos en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, que permitieran lograr un cierre óptimo en la agenda de riesgos 2023, se logró un cumplimiento general del 98.2%.

Es importante mencionar que las acciones de control acorde a la valoración final realizada a los riesgos y al exposición según el cuadrante de su ubicación, serán analizados y valorados en la formulación y elaboración del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos del ejercicio 2024, con la finalidad de mitigar los riesgos detectados con anterioridad, tratando de acotar los distintos efectos y consecuencias de materializarse dichos riesgos.

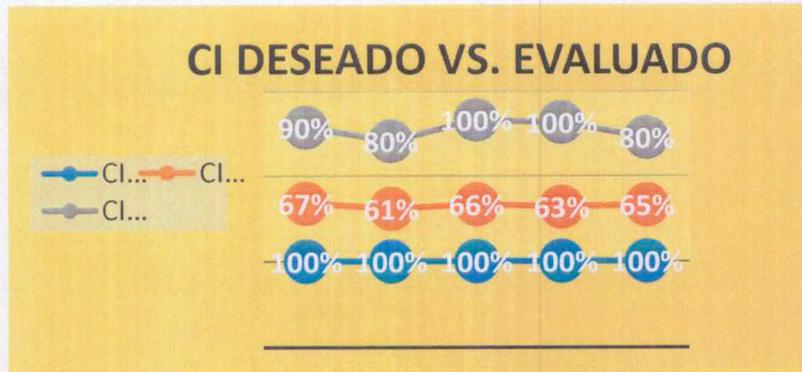
2.1 Seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

RIESGO	Unidad Administrativa Responsable	Avance de cumplimiento
R1. Emisión de dictámenes de invalidez presentados con inconsistencias (2022)	Subdirección de Servicios Médicos	100%
R2. Productividad Médica Subrogada ingresada con rezago en las Coordinaciones Médicas	Subdirección de Servicios Médicos	66%
R3. Pensiones y Jubilaciones tramitadas pendientes de otorgar	Subdirección de Pensiones, Jubilaciones y Prestaciones	100%
R4. Pensiones pagadas a personas fallecidas	Subdirección de Pensiones, Jubilaciones y Prestaciones	100%
R5. Créditos Hipotecarios validados no pagados	Unidad del Fondo de la Vivienda para los Trabajadores del Estado	100%
R6. Créditos en mora prescritos por cobranza no efectiva.	Unidad del Fondo de la Vivienda para los Trabajadores del Estado	100%
R7. Medicamentos próximos a caducar administrados de forma inadecuada.	Subdirección de Servicios Administrativos	100%
R8. Procedimientos licitatorios operados inadecuadamente comprometen el cumplimiento de la normatividad.	Subdirección de Servicios Administrativos	100%
R9. Juicios notificados no sistematizados en base de datos	Unidad Jurídica	100%
R10. Usuarios SIREgob de las diferentes Unidades Responsables del Instituto generan registros inconclusos.	Subdirección de Finanzas	100%
R11. Organismos afiliados al ISSSTESON no realizan los pagos de cuotas y aportaciones en tiempo.	Subdirección de Finanzas	100%
R12. Convenios de seguridad social celebrados con organismos son incumplidos	Subdirección de Finanzas	100%

R13. Sistema SIREgob implementado opera de forma limitada.	Unidad de Tecnologías de la Información	100%
R14. Centro de procesamiento de datos operando con riesgo por falta de protección en planta eléctrica.	Unidad de Tecnologías de la Información	100%
R15. Indicadores estratégicos y de gestión de la MIR incumplidos, vulneran el objetivo de los planes y programas institucionales	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	100%
R16. Expedientes de emisión de dictámenes de invalidez definitiva y parcial, integrados indebidamente.	Subdirección de Servicios Médicos	0%
R17. Activos digitales alterados por falta de seguridad perimetral	Unidad de Tecnologías de la Información	100%

3. Autoevaluación.

3.1 Resultados obtenidos vs esperado.



Aspectos relevantes derivados de los resultados obtenidos de la Autoevaluación aplicada el 08 de noviembre de 2023, al Sistema de Control Interno Institucional del ISSSTESON, detallando los apartados establecidos en el Numeral 9.02 inciso I del Manual Administrativo.

a. Porcentaje de cumplimiento de los componentes y sus principios de control interno.

AMBIENTE DE CONTROL	
Principios	Calificación
MOSTRAR ACTITUD DE RESPALDO Y COMPROMISO	68.98%
EJERCER LA RESPONSABILIDAD DE VIGILANCIA	78.71%
ESTABLECER LA ESTRUCTURA, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	70.32%
DEMOSTRAR COMPROMISO CON LA COMPETENCIA PROFESIONAL	58.09%
ESTABLECER UNA ESTRUCTURA PARA EL REFORZAMIENTO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	61.25%
Total	67.47%
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	

Principios		Calificación
DEFINIR OBJETIVOS		67.32%
IDENTIFICAR, ANALIZAR Y RESPONDER A LOS RIESGOS		62.42%
CONSIDERAR EL RIESGO DE CORRUPCIÓN		58.04%
IDENTIFICAR, ANALIZAR Y RESPONDER AL CAMBIO		56.98%
Total		61.19%
ACTIVIDADES DE CONTROL		
Principios		Calificación
DISEÑAR ACTIVIDADES DE CONTROL		62.22%
DISEÑAR ACTIVIDADES PARA LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN		70.18%
IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE CONTROL		65.88%
Total		66.09%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		
Principios		Calificación
USAR INFORMACIÓN DE CALIDAD		61.86%
COMUNICAR INTERNAMENTE		62.32%
COMUNICAR EXTERNAMENTE		65.13%
Total		63.1%
SUPERVISIÓN		
Principios		Calificación
REALIZAR ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN		66.37%
EVALUAR PROBLEMAS Y CORREGIR LAS DEFICIENCIAS		64.17%
Total		65.27%

b. Evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar la existencia y operación de los principios con porcentaje de cumplimiento mayor a 80%.

Los resultados en la evaluación 2023, no muestran principios con grado de cumplimiento mayor al 80%, por lo cual no hay información disponible que integrar en este punto.

NORMA GENERAL	PRINCIPIOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Ambiente de control	No aplica	No aplica
Administración de riesgos	No aplica	No aplica
Actividades de control	No aplica	No aplica
Informar y comunicar	No aplica	No aplica
Supervisión y mejora	No aplica	No aplica

c. Principios sin evidencia documental y/o electrónica suficiente para acreditar su existencia y operación.

El Instituto, mediante revisiones permanentes realizadas por los órganos fiscalizadores, actualiza y fortalece el control interno de las áreas y de las funciones sustantivas. Así también, mediante el ejercicio de identificación de riesgos institucionales, se realiza el seguimiento para la formalización de los tramos de control que presentan debilidades en su operación, en base a las recomendaciones, observaciones y normatividad aplicable.

Por lo anterior, no se relacionan principios que carezcan de evidencia documental y/o electrónica, solo se fortalecerán los controles existentes hasta lograr su posicionamiento en el personal.

NORMA GENERAL	PRINCIPIOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Ambiente de control	No aplica	No aplica
Administración de riesgos	No aplica	No aplica
Actividades de control	No aplica	No aplica
Informar y comunicar	No aplica	No aplica
Supervisión y mejora	No aplica	No aplica

d. Debilidades o áreas de oportunidad en el sistema de control interno.

Los resultados obtenidos en la autoevaluación realizada el 8 de noviembre de 2023 lograron un nivel de cumplimiento "Regular", aun cuando las actividades emprendidas para comunicar y socializar los temas entre el personal fueron constantes.

ACCIONES DE MEJORA 2024

NORMA GENERAL	PRINCIPIO	ACTIVIDAD DE CONTROL	UA RESPONSABLE
Ambiente de control	P01. Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso	Elaboración y publicación del Programa de Integridad	Todas las Unidades Administrativas.
	P03. Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad.	Informar las actualizaciones realizadas a los manuales y su contenido	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
	P04. Demostrar Compromiso con la Competencia Profesional.	Elaboración e Implementación del Programa Anual de Capacitación (Temas referentes a la diversa reglamentación aplicable al servicio público)	Subdirección de Servicios Administrativos.
Administración de Riesgos	P06. Definir Objetivos y Riesgo	Difundir a todo el personal la Misión y Visión y los Objetivos Institucionales	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
	P07. Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos	Elaborar el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2024	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
	P08. Considerar el Riesgo de Corrupción.	Integrar al Programa Anual de Capacitación, tópicos para el combate a la corrupción en el servicio público	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.

NORMA GENERAL	PRINCIPIO	ACTIVIDAD DE CONTROL	UA RESPONSABLE
	P09. Identificar, Analizar y Responder al Cambio.	Actualización del micro sitio de control interno	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.

3.2 Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el Programa de Trabajo de Control Interno del ejercicio inmediato anterior.

ACCIONES DE MEJORA PTCI 2023	UA RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS SOBRE AVANCE
Difusión del Programa de Integridad (Código de Ética y Código de Conducta)	Todas las Unidades Administrativas	30/11/2023	100%	El avance fue acorde a lo calendarizado.
Programa de capacitaciones (Temas referentes a la diversa reglamentación aplicable al servicio público)	Subdirección de Servicios Administrativos	30/11/2023	0%	Durante el ejercicio 2023 no se impartieron capacitaciones al personal, por lo cual no se logró el objetivo establecido en el programa de trabajo.
Difusión del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/12/2023	100%	El avance fue acorde a lo calendarizado.
Difusión de indicadores de desempeño	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/12/2023	100%	El avance fue acorde a lo calendarizado.
Publicación y difusión de los resultados de la evaluación SCII 2022	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/12/2023	100%	El avance fue acorde a lo calendarizado.

Lic. Froylán Gámez Gamboa

Director General del ISSSTESON y Presidente del Comité de Control y Desempeño Institucional

Mtro. Vladimir Cano León

Jefe de la Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia y Coordinador de Control Interno