



INFORME ANUAL DEL ESTADO QUE GUARDA EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL 2025.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora

EJERCICIO 2025

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado de Sonora (ISSSTESON), presenta el Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional, correspondiente al ejercicio 2025, en cumplimiento de lo dispuesto en el Título Segundo, Capítulo II, Sección II, "Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional", del Manual Administrativo del Marco Integrado de Control Interno para la Administración Pública Estatal de Sonora (MAMICI).

El presente documento fue elaborado con el propósito de informar a la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, a la Dirección General de Desarrollo Administrativo y Mejora Continua, al Órgano Interno de Control, al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) y, en su caso, al Órgano de Gobierno, sobre los resultados y avances relacionados con el desempeño del Comité de Control y Desempeño Institucional, así como de la autoevaluación del Sistema de Control Interno y la Administración de Riesgos.

1. COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

Durante el ejercicio fiscal 2025, se llevaron a cabo 4 sesiones trimestrales, en las cuales se dio seguimiento puntual al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), así como al análisis y seguimiento de los temas relevantes que permitieron monitorear los cambios institucionales y contar con los elementos necesarios para la toma de acuerdos, orientados a impulsar las medidas de atención a las debilidades identificadas en la Institución.

1.1. Sesiones.

	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre		
	2026											
ACTIVIDAD	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.
Sesiones Trimestrales COCODI	20			14			29			23		

1.2. Se presentan los acuerdos relevantes adoptados en las sesiones, así como el seguimiento, avance y nivel de cumplimiento de los mismos.

Sesión	Acuerdo	Unidad Administrativa Responsable	Fecha compromiso	Avance (%)	Observaciones
Segunda Sesión Ordinaria	ACUERDO 003/ISSSTESON-2025-3OR	Subdirección de Finanzas	31/12/2025	100%	
Segunda Sesión Ordinaria	ACUERDO 004/ISSSTESON - 2025-3OR	Subdirección de Servicios Administrativos y Subdirección de Finanzas	31/12/2025	100%	Se reporta como cumplido; no obstante, debido a la naturaleza del acuerdo, su cumplimiento se mantiene en proceso de manera continua.
Segunda Sesión Ordinaria	ACUERDO 005/ISSSTESON-2025-3OR	Subdirección de Servicios Administrativos	31/12/2025	100%	
Tercera Sesión Ordinaria	ACUERDO 001/ISSSTESON-2025-2OR	Subdirección de Finanzas	31/12/2025	100%	
Tercera Sesión Ordinaria	ACUERDO 2. 002/ISSSTESON-2025-3OR	Subdirección de Servicios Administrativos, Subdirección de Finanzas, Subdirección de Servicios Médicos y Subdirección de Pensiones, Jubilaciones y Prestaciones	31/12/2025	100%	
Tercera Sesión Ordinaria	ACUERDO 3. 003/ISSSTESON-2025-3OR	Unidad de Tecnologías de la Información	31/12/2025	65%	El proceso de implementación presenta un avance del 65 %. Actualmente se encuentra en preparación la Fase 2, que contempla la identificación de resolutivos con FEA, de los servidores públicos firmantes y la solicitud de certificados correspondientes. A la fecha, se trabaja en la identificación de resolutivos para la firma de recetas electrónicas del programa de Telemedicina y la autorización de trámites de pago en la Subdirección de Finanzas.
Tercera Sesión Ordinaria	ACUERDO 4. 004/ISSSTESON-2025-3OR	Unidad de Tecnologías de la Información	31/12/2025	70%	El proceso presenta un avance del 70%, derivado del ajuste al documento electrónico base para la firma de recetas, incorporando la cédula profesional. Actualmente se encuentra en curso la Fase 2 de implementación, que incluye la identificación de médicos firmantes y la solicitud de certificados digitales, así como la próxima aplicación del esquema para la autorización de trámites de Subdirección de Finanzas, como el pago de IG.

Tercera Sesión Ordinaria	ACUERDO 5. 005/ISSSTESON-2025-3OR	Subdirección de Servicios Administrativos, Coordinación de Control de Bienes, Unidad de Tecnologías de la Información, Contabilidad, Subdirección de Finanzas	31/12/2025	95%	Se fortaleció el control y vigilancia del patrimonio del Instituto mediante la actualización de los inventarios de bienes muebles, transferencias y bajas. La Unidad de Tecnologías de la Información reporta un 95% de avance en los ajustes al sistema de control de activos fijos para la gestión de altas, bajas y transferencias. Asimismo, se solicitó y obtuvo del Instituto Catastral y Registral del Estado de Sonora la relación de bienes inmuebles inscritos a nombre del Instituto, información que fue compartida con las áreas correspondientes para su cotejo y validación.
--------------------------	-----------------------------------	---	------------	-----	---

2. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

La administración de riesgos es un proceso continuo orientado a identificar, analizar y gestionar aquellas situaciones o eventos que pudieran impedir el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, tanto a nivel operativo como estratégico.

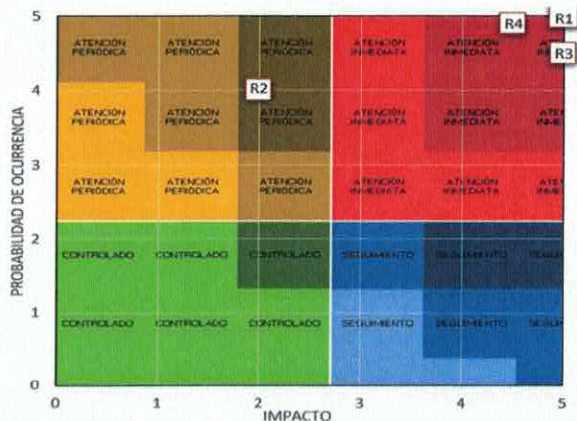
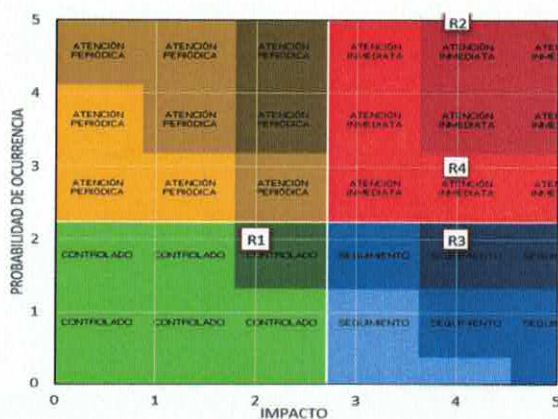
El presente informe comprende las actividades realizadas durante el periodo de febrero a diciembre de 2025, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Identificación y análisis de riesgos que presentaron cambios en la valoración de la probabilidad de ocurrencia y del grado de impacto al corte anual, así como aquellos modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos identificados;

Mapa de Riesgos

Valor Inicial: Evluación en la que se aprueban los riesgos prioritarios, con base en su impacto y probabilidad 12/04/2025.

Valoración al cierre del año: Evaluación del comportamiento de los riesgos prioritarios, considerando la efectividad de los controles implementados al corte 31/12/2025.



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

Riesgo	Cambios identificados	Estrategia de control	UA Responsable	Avance de cumplimiento	Fecha compromiso
R1. La seguridad social y los apoyos económicos administrados de manera limitada que dificulta satisfacer las necesidades económicas de los asegurados.	Se implementaron en la aplicación <i>MiSSSTESON</i> las acciones necesarias para permitir la identificación del estatus del trámite de la solicitud de pensión de los derechohabientes, lo que posibilita su monitoreo sin necesidad de acudir físicamente a las instalaciones del Instituto.	Informar a los derechohabientes la sobre las siguientes acciones derivadas del trámite de la solicitud de pensión: 1. Cuando causen alta en nómina de pensionados y jubilados. 2. Cuando exista un rechazo en el trámite. 3. Cuando su dictamen de pensión esté listo para su entrega.	Subdirección de Pensiones, Jubilaciones y Prestaciones	100%	01/11/2025
R2. La prestación del servicio médico institucional brindado de forma limitada que dificulta proteger, promover y restaurar la salud del Derechohabiente, que garantice oportunidad calidad y calidez en el servicio.	1. Se realizaron revisiones a los dictámenes de invalidez temporal con el propósito de evaluar el correcto llenado de los rubros, la congruencia clínico-diagnóstica, la debida fundamentación, así como el adecuado otorgamiento del estado de invalidez. 2. Se integró al procedimiento Evaluación del Estado de Salud de los Trabajadores para Trámite de Pensión por Invalidez, el cual fue remitido a la Subdirección de Servicios Médicos para su análisis y autorización. 3. Se envió el nuevo formato de invalidez, encontrándose en la plataforma SISO para su uso. Y se solicitó autorización a la Subdirección de Servicios Médicos para su implementación.	1. Revisión de valoraciones médicas. 2. Integrar al procedimiento "Evaluación del Estado de Salud de los Trabajadores para Trámite de Pensión por Invalidez". 3. Formato de invalidez modificado para su modificación.	Subdirección de Servicios Médicos	100%	01/11/2025
	El Área de Farmacovigilancia reportó trimestralmente a la Subdirección de Servicios Médicos las <i>Notificaciones de Reacciones Adversas a Medicamentos 2025</i> , así como el informe trimestral de las actividades realizadas por dicha área.	1. Reportes de notificaciones de reacciones adversas a medicamentos realizados por las Unidades Médicas. 2. Informe trimestral de las actividades realizadas por la Unidad de Farmacovigilancia.	Subdirección de Servicios Médicos	100%	01/11/2025
	Cancelación de procedimientos quirúrgicos programados.	1. En caso de incapacidad verificar la misma. 2. Verificar permanencia. 3. Revisión de requisición un día antes de la cirugía.	Subdirección de Servicios Médicos	100%	01/11/2025
	Durante el ejercicio 2025 se llevaron a cabo diversas capacitaciones dirigidas al personal de las distintas Coordinaciones Médicas, tanto local como foráneo, con	Proporcionar capacitación a los médicos en habilidades de comunicación, manejo emocional y técnicas de empatía, con el fin de	Subdirección de Servicios Médicos	100%	01/11/2025

el propósito de fortalecer la relación y el trato médico-paciente, lo cual impacta directamente en la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la confianza en los servicios de salud.

mejorar la relación médico-paciente.

R3. Recursos humanos, materiales y económicos del Instituto, administrados de forma inadecuada, limitando la prestación de servicios.

El Almacén General atiende las solicitudes de medicamentos de los hospitales con base en la disponibilidad de existencias y reporta mensualmente a las áreas correspondientes los medicamentos con baja rotación y próxima caducidad para su uso o redistribución. Asimismo, se gestionan devoluciones y cartas canje; sin embargo, la falta de seguimiento a estos procesos, la insuficiente rotación y una inadecuada planeación en las adquisiciones han generado caducidades que afectan las finanzas institucionales y el servicio a la derechohabiente.

Coordinar acciones entre el Departamento de Adquisiciones, hospitales, farmacias y la Coordinación de Medicamentos y Suministros Médicos para realizar compras y pedidos con base en existencias y consumo real, dar seguimiento periódico a inventarios y caducidades, y gestionar oportunamente el canje de medicamentos próximos a vencer con el apoyo de los proveedores y del área de adquisiciones.

Subdirección de Servicios Administrativos

100%

01/11/2025

El Departamento de Almacén General informó a la Subdirección Médica, mediante diversos oficios, sobre la revisión mensual de existencias físicas del almacén de medicamentos, anexando listados detallados con datos de identificación, caducidad, costo y estatus. En dichos reportes se identifican medicamentos próximos a vencer y con baja rotación, con el fin de dar seguimiento oportuno a su manejo.

Se continua con los recordatorios a las áreas requirentes sobre solicitudes en tiempo y forma de sus necesidades reales, tomando en consideración las estadísticas de consumo y los tiempos de entrega de los proveedores, se realizarán próximas licitaciones públicas para la adquisición de medicamentos a fin de lograr el mayor porcentaje de abasto, así como constantes reuniones con las áreas requirentes para una mayor comunicación y actualización de las necesidades. Asimismo, se enviarán a los proveedores recordatorios de los pedidos pendientes de entregar.

Subdirección de Servicios Administrativos

100%

01/11/2025

La Coordinación de Control de Bienes presentó, mediante oficio, su programa de trabajo sobre resguardos individuales de bienes muebles, incluyendo el soporte de inventarios del periodo julio-septiembre de 2025, el avance y pendientes en la aplicación de resguardos, así como circulares para reforzar la correcta transferencia y baja de bienes muebles y el reporte de bajas realizadas durante el trimestre.

Continuar con los Resguardos Individuales hasta completar el 100%. Se solicita a la áreas realicen las transferencias de bienes muebles en tiempo y forma, dando aviso a la Coordinación de Control de Bienes, así como dar de baja los bienes que estén obsoletos o en mal estado.

Subdirección de Servicios Administrativos

100%

01/11/2025

R4. Recursos financieros del Instituto administrados de forma que limitan el cumplimiento de los compromisos institucionales derivados de los servicios que se prestan a la derechohabencia.	Durante el segundo trimestre se enviaron notificaciones para la recaudación de adeudos a Organismos Directos y Ayuntamientos con Convenio de Prestaciones, como parte de las acciones del Departamento de Ingresos de la Subdirección de Finanzas, anexando los estados de cuenta correspondientes. En el tercer trimestre no se cuenta con información disponible, debido a que aún no se han realizado los cierres de saldos en el Departamento de Ingresos.	Envío de notificaciones para la recaudación oportuna, mediante la emisión de oficios de solicitud de pago y/o correos electrónicos con los saldos actualizados de los Organismos y Ayuntamientos que cuentan con Convenio de Prestaciones con el Instituto.	Subdirección de Finanzas	66%	01/11/2025
--	--	---	--------------------------	-----	------------

3. AUTOEVALUACIÓN.

3.1. Resultado obtenido vs esperado.

COMPONENTES

1. Ambiente de Control.
2. Administración de Riesgos.
3. Actividades de Control.
4. Informar y Comunicar.
5. Supervisión y Mejora.



En el presente apartado se describen los aspectos más relevantes derivados de los resultados obtenidos de la Autoevaluación aplicada al Sistema de Control Interno Institucional del día 11 de noviembre de 2025, atendiendo los apartados establecidos en el Numeral 9.02, inciso I, del Manual Administrativo, con el propósito de identificar fortalezas, áreas de oportunidad y acciones de mejora.

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

AMBIENTE DE CONTROL	
Principios	Calificación
MOSTRAR ACTITUD DE RESPALDO Y COMPROMISO	81.0 %
EJERCER LA RESPONSABILIDAD DE VIGILANCIA	85.0 %
ESTABLECER LA ESTRUCTURA, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	83.0 %
DEMOSTRAR COMPROMISO CON LA COMPETENCIA PROFESIONAL	77.0 %
ESTABLECER UNA ESTRUCTURA PARA EL REFORZAMIENTO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	75.0 %
Total	80.0%
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	
Principios	Calificación
DEFINIR OBJETIVOS	83.0 %
IDENTIFICAR, ANALIZAR Y RESPONDER A LOS RIESGOS	77.0 %
CONSIDERAR EL RIESGO DE CORRUPCIÓN	77.0 %
IDENTIFICAR, ANALIZAR Y RESPONDER AL CAMBIO	79.0 %
Total	79.0%
ACTIVIDADES DE CONTROL	
Principios	Calificación
DISEÑAR ACTIVIDADES DE CONTROL	79.0 %
DISEÑAR ACTIVIDADES PARA LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	79.0 %
IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE CONTROL	75.0 %
Total	78.0 %
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
Principios	Calificación
USAR INFORMACIÓN DE CALIDAD	78.0 %
COMUNICAR INTERNAMENTE	81.0 %
COMUNICAR EXTERNAMENTE	80.0 %
Total	79.0 %
SUPERVISIÓN	
Principios	Calificación
REALIZAR ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN	77.0 %
EVALUAR PROBLEMAS Y CORREGIR LAS DEFICIENCIAS	78.0 %
Total	78.0 %

b. Evidencia documental y/o electrónica.

En este apartado se presenta la evidencia documental y/o electrónica suficiente para acreditar la existencia y operación de los principios del Sistema de Control Interno que obtuvieron un porcentaje de cumplimiento mayor al 80%, conforme a los resultados de la autoevaluación.

Para cada punto de interés, se seleccionó y documentó la mejor práctica, atendiendo criterios de pertinencia, vigencia y consistencia con la operación institucional.

Componente	Principio	Punto de interés	Porcentaje de cumplimiento	Actividad de mejora	Tipo de evidencia	Área responsable
C.01. Ambiente de Control	P01. Mostrar actitud de respaldo y compromiso	P01.PI01. El Titular y mandos directivos guían, reflejan y muestran una actitud de respaldo en toda la Institución a través de su actuación y ejemplo. (O)	100%	Difundir el Código de Ética y de Conducta.	Copia de oficio remitido a la Unidad de Enlace de Comunicación Social para dar difusión al Código de Ética e Integridad en el Sitio Oficial del Instituto.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
C.01. Ambiente de Control	P01. Mostrar actitud de respaldo y compromiso	P01.PI04. Programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción en la institución. (D,E)	100%	Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité de Ética e Integridad el Programa Anual de Trabajo.	Documento: Programa Anual de Trabajo de Control Interno 2025.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
C.01. Ambiente de Control	P03. Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad.	P03.PI01. La institución cuenta con la Estructura Organizacional necesaria que permita la planeación, ejecución, control y evaluación de la Institución en la consecución de sus objetivos, y se actualiza periódicamente. (D,E)	100%	Elaborar programa de trabajo para dar seguimiento a la actualización de los documentos administrativos.	Documento: Cronograma del Plan de Trabajo con las actividades a llevarse a cabo.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
C.01. Ambiente de Control	P03. Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad.	P03.PI02. Asignar a los mandos superiores la Responsabilidad y Delegar la Autoridad necesaria para el logro de los objetivos. (D)	100%	Presentar avances de las actualizaciones realizadas a los manuales de organización y procedimientos	Copia de oficios remitidos a las Unidades Administrativas involucradas dentro del cronograma de actividades.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
C.01. Ambiente de Control	P05. Establecer la Estructura para el Reforzamiento de la Rendición de Cuentas.	P05.PI02. Evaluación de las presiones sobre el personal para equilibrarlas y ayudarlo a cumplir con sus responsabilidades asignadas en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad. (D,O)	100%	Aplicar la evaluación/cuestionario 2025 de clima laboral.	Copias de los oficios de solicitud para el inicio del proceso de aplicación de la Encuesta de Clima Laboral e informe de los resultados de la encuesta laboral.	Subdirección de Servicios Administrativos.
C.02. Administración de Riesgos	P07. Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos	P07.PI01. Identificar los Riesgos, considerando todas las interacciones significativas dentro de la Institución y con las partes externas, así como los cambios en su ambiente interno y externo. (E,D,O)	100%	Elaborar el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	Documento: Programa de Administración de Riesgos 2025.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
	P07. Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos	P07.PI02. Analizar los Riesgos identificados para estimar su relevancia, en función del efecto que éstos pudieran tener en el logro de los objetivos, tanto a nivel Institución como a nivel transacción. (E,D)	100%	Publicar la agenda de riesgos 2025 en la página oficial de Instituto.	Copia de oficio de solicitud para la publicación de la Agenda de Riesgos en el Sitio Oficial del Instituto.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
C.04. Información y Comunicación	P13. Usar Información de Calidad.	P13.PI02. Obtención de datos relevantes de fuentes confiables tanto internas como externas, de manera oportuna, y en función de los requerimientos de información identificados y establecidos. (D,O)	100%	Informar el resultado de las evaluaciones realizadas al Portal de Transparencia.	Cédula de Evaluaciones correspondiente al 4to trimestre 2024, 1er trimestre 2025, 3do trimestre 2025 y 3er trimestre 2025.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.
C.05. Supervisión	P16. Realizar Actividades de Supervisión.	P16.P01. La administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando el estado actual contra	100%	Aplicar durante el mes de noviembre la autoevaluación al Sistema de Control Interno Institucional.	Copia de correo electrónico institucional por parte de la SAyBG, copia de oficios de designación de enlaces de las Unidades	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia.

el diseño efectuado. Las bases de referencia revelan debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la institución.

Administrativas para coordinar la evaluación y copia del Informe de la Autoevaluación de Control Interno 2025.

c. Principios sin evidencia documental y/o electrónica suficiente.

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

Por lo anterior, se anexa la evidencia documental y/o electrónica correspondiente, y se fortalecerán los controles existentes hasta lograr su adecuada adopción y posicionamiento entre el personal.

d. Áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno.

Derivado de los resultados obtenidos en la autoevaluación del Sistema de Control Interno, se identificaron áreas de oportunidad en la implementación de diversos principios que reflejan una calificación deficiente.

Dichas áreas de oportunidad serán atendidas y comprometidas mediante acciones específicas en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) 2026, conforme a lo que se detalla a continuación:

Componente	Principio	Punto de interés	Actividad de mejora	Área responsable	Fecha compromiso
C.01. Ambiente de Control	P01. Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso	P01.PI02. Políticas, principios de dirección, directrices, actitudes y conductas utilizados para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.	Difundir entre todo el personal del Instituto el Código de Ética y el Código de Conducta, así como los valores, principios y reglas de integridad que rigen el actuar de los servidores públicos.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia/Unidad de Enlace de Comunicación Social	31/12/2026
C.01. Ambiente de Control	P05. Establecer la Estructura para el Reforzamiento de la Rendición de Cuentas	P05.PI02. Evaluación de las presiones sobre el personal para equilibrarlas y ayudarle a cumplir con sus responsabilidades asignadas en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad.	Aplicar la encuesta del Clima Laboral, actividad que es coordinada por el Departamento de Recursos Humanos.	Subdirección de Servicios Administrativos/Departamento de Recursos Humanos	31/12/2026
C.02. Administración de Riesgos	P07. Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos	P07.PI01. Identificar los Riesgos, considerando todas las interacciones significativas dentro de la Institución y con las partes externas, así como los cambios en su ambiente interno y externo.	Elaborar el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2026.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/07/2026
		P07.PI02. Analizar los Riesgos identificados para	Publicar la Agenda de Riesgos 2026 en la	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	30/06/2026

			estimar su relevancia, en función del efecto que éstos pudieran tener en el logro de los objetivos, tanto a nivel Institución como a nivel transacción.	página oficial del Instituto.		
	P08. Considerar el Riesgo de Corrupción.		P08.PI01. Considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Institución, como base para la identificación de los Riesgos de corrupción. -Considerar la posibilidad de que en la Institución ocurran otras situaciones contrarias a la ética y a la integridad, como lo son el desperdicio de recursos públicos, el abuso de autoridad, o el uso del cargo para la obtención de un beneficio indebido para sí o para un tercero.	Elaborar un Programa Anual de Capacitación para fortalecer el conocimiento en materia de Control Interno al interior del Instituto.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/03/2026
C.03. Actividades de Control	P12. Implementar Actividades de Control		P12.PI02. Revisar y actualizar periódicamente las Políticas, manuales, lineamientos, procedimientos y Actividades de Control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus Riesgos.	Elaborar un Calendario Anual de Actividades en coordinación con las Unidades Administrativas para apoyar en la revisión y/o actualización de sus Manuales de Organización y de Procedimientos.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/03/2026
C.04. Información y Comunicación	P13. Información Calidad.	Usar de	P13.PI02. Obtención de datos relevantes de fuentes confiables tanto internas como externas, de manera oportuna, y en función de los requerimientos de información identificados y establecidos.	Informar el porcentaje de cumplimiento de las obligaciones del Portal de Transparencia	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/12/2026
	P14. Comunicar Internamente.		P14.PI02. Establecer métodos de comunicación interna apropiados para que a lo largo de la Institución fluya Información de calidad de manera oportuna.	Solicitar a cada Unidad Administrativa la designación de enlaces responsables por cada tema relacionado con el Control Interno, a fin de facilitar y fortalecer el flujo de información.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	31/03/2026
C.05. Información y Comunicación	P16. Actividades de Supervisión.	Realizar de	P16.P01. La administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando el estado actual contra el diseño efectuado. Las bases de referencia revelan debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la institución.	Coadyuvar con la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno para aplicar la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional.	Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia	30/11/2026

3.2. Resultados relevantes de las acciones de mejora del PTCl del ejercicio inmediato anterior.

Durante este ejercicio, las acciones de mejora del Programa de Trabajo de Control Interno permitieron fortalecer la coordinación entre las Unidades Administrativas mediante la designación de enlaces de control interno, mejorar el seguimiento a los riesgos institucionales y asegurar el cumplimiento oportuno de los compromisos establecidos, logrando un avance significativo en la implementación del Sistema de Control Interno.

Como se desprende del Informe de Resultados de la Autoevaluación 2025, se registró un incremento significativo en cada uno de los componentes y principios del control interno, en comparación con el ejercicio anterior.

En este contexto, para el ejercicio 2026 se retomarán diversas actividades de mejora previamente planteadas, con el propósito de continuar fortaleciendo el Sistema de Control Interno del Instituto y contribuir de manera eficiente, transparente y conforme a la normativa al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno 2025

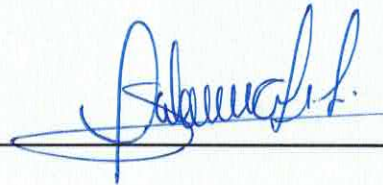
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora



Dr. Héctor Manuel Esparza Ledezma

Director General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
de Sonora (ISSSTESON)

Presidente de COCODI



Lic. Paloma Salas López

Encargada de Despecho de la Unidad de
Planeación, Evaluación y Transparencia de
ISSSTESON

Coordinador de Control Interno de ISSSTESON