



Avance de la Evaluación de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario
E-010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud",
área de Capacitación Gerencial Administrativa
Acumulado al Tercer trimestre 2023

Indicadores de Desempeño Estratégico (Fin y propósito)

NIVEL MML	INDICADORES DEFINICIÓN	META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
				PROGRAMADA	REALIZADA	
PROPÓSITO	Porcentaje de Servidores públicos que acreditan cursos de capacitación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	Anual	91.2	60.9	<p>Más Servidores públicos que los programados adquirieron mayores conocimientos debido a la implementación de unos "Lineamientos Internos de Capacitación" para garantizar el cumplimiento de las acciones de capacitación por parte del personal.</p> <p>1. Si te inscribes a uno o más cursos, y desde el primer curso no asistes y no cancelas tu participación, se cancelarán tus inscripciones a los demás cursos a los que te hayas registrado en el trimestre, por lo tanto no podrás participar en ninguna acción de capacitación durante el trimestre, además de que se emitirá una nota mala a su expediente, con base en el Artículo 173 Fracción VIII de la Condiciones Generales de Trabajo vigentes en este Instituto.</p> <p>2. En el caso de no poder asistir a un curso en el que previamente estaba registrado, deberá cancelar su participación a más tardar una semana antes del inicio del curso.</p> <p>3. En el caso en que debas abandonar un curso que ya se esté llevando a cabo, deberás justificar la causa por oficio o correo dirigido a la Coordinación de Capacitación, en caso de no hacerlo, no podrás registrarte en las siguientes acciones de capacitación del trimestre.</p> <p>El que más servidores públicos concluyeron sus acciones de capacitación, impactará directamente en el desarrollo de habilidades, conocimientos y actualización, lo que favorecerá el desempeño en sus funciones.</p> <p>Esto ha permitido mayor responsabilidad en el personal a la hora de registrarse y concluir las acciones de capacitación.</p> <p>En el periodo se realizaron 20 eventos de capacitación, lo que impactó en el número de servidores públicos inscritos.</p> <p>"Se continuó aplicando los "Lineamientos Internos de Capacitación" con la</p>
	V1: Número de servidores públicos que obtienen mayores conocimientos a través de la capacitación administrativa gerencial	420		310	352	
	V2: Número de servidores públicos inscritos en acciones de capacitación administrativa gerencial	420		340	578	

Indicadores de Gestión (Componente y Actividad)

NIVEL MML	INDICADORES DEFINICIÓN	META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
				PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de eventos de capacitación realizados satisfactoriamente en materia administrativa gerencial FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	Anual	106.7	100.0	<p>Debido a la buena gestión del recurso al cierre del mes de septiembre se logró realizar 4 más para poder cubrir más necesidades de capacitación que el personal requería, lo que es un beneficio que permitirá que el personal se actualice o fortalezca sus habilidades y competencias, lo podrá impactar positivamente en el desempeño, la productividad y el bienestar laboral.</p> <p>De los 16 eventos de capacitación programados al cierre del mes de septiembre, se pudieron realizar 20, lo que representó un 25% por encima de lo programado.</p> <p>Para contar con el presupuesto necesario y poder cubrir las acciones de capacitación necesarias para el Instituto, la Subdirección de Servicios Generales, ha realizado adecuaciones presupuestales durante el año para tener suficiencia presupuestal en la partida 35401 y poder cubrir los compromisos del PAC 2023, se vigilará la tendencia del indicador y se tratará de regularizarlo para cuarto trimestre.</p>
	V1: Número de eventos en materia de capacitación administrativa gerencial realizados satisfactoriamente	22		16	20	
	V2: Número total de eventos en materia de capacitación administrativa gerencial realizados en el periodo de evaluación	22		15	20	

NIVEL MML	INDICADORES DEFINICIÓN	META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
				PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje del presupuesto destinado a capacitación administrativa gerencial respecto al total ejercido por la institución FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	0.1	Anual	0.1	0.1	<p>El resultado del indicador es de 0.1 integrado por 566,869 destinado a capacitación de un total de 798,035,997 presupuesto institucional de un programado de 0.1 integrado por 680,000 destinado a capacitación de un presupuesto total de 638,035,116</p> <p>El efecto es positivo ya que se otorgaron cursos de capacitación de acuerdo a la demanda</p> <p>La variación deriva de la consideración del presupuesto total modificado autorizado al Instituto</p>
	V1: Presupuesto institucional destinado a capacitación administrativa gerencial	650,000		560,000	566,869	
	V2: Presupuesto institucional total ejercido	1,004,010,372		638,035,116	798,065,997	

Elaboró	Revisó	Autorizó
 LCDA. PATRICIA AURORA BARRANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 GERARDO AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General





INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
	<p>Porcentaje de temas en materia administrativa gerencial contratados en el Programa Anual de Capacitación (PAC)</p> <p>FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100</p>	100.0	Anual	100.0	125.0	<p>De los 16 temas de capacitación programados al cierre del mes de septiembre, se pudieron realizar 20, lo que representó un 25% por encima de lo programado, lo que es un beneficio que permitirá que el personal se actualice o fortalezca sus habilidades y competencias, lo podrá impactar positivamente en el desempeño, la productividad y el bienestar laboral.</p> <p>Para garantizar la realización de los temas de capacitación requeridos por la Institución, la Subdirección de Servicios Generales, ha realizado adecuaciones presupuestales durante el año para tener suficiencia presupuestal en la partida 33401 y poder cubrir los compromisos del PAC 2023, se vigilará la tendencia del indicador y se tratará de regularizarlo para cuarto trimestre.</p>
ACTIVIDAD	V1: Número de temas en materia administrativa gerencial contratados en el incluido en el (PAC)	22		16	20	
	V2: Número de temas en materia administrativa gerencial programados para contratarse en el (PAC)	22		16	16	

Elaboró	Revisó	Autorizó
 LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General





Avance de la Evaluación de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario
E-022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud"
Acumulado al Tercer trimestre 2023

Indicadores de Desempeño Estratégico (Fin y propósito)

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el Indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
PROPÓSITO	Porcentaje de artículos científicos de impacto alto publicados en revistas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	71.4	Anual	68.8	67.0	VERDE Variaciones debido a: 1) Aumento de publicaciones de alto impacto en el primer semestre del 2023, relacionado al apoyo a investigadores y publicaciones, así como el desarrollo de proyectos de investigación apogados a líneas de investigación prioritarias, 2) Mejora continua en la actualización del Sistema Electrónico de Investigación (SEI) Y 3) Se realizó un ajuste de la programación 2023, de acuerdo con los resultados alcanzados en 2022, que se verá reflejado al cierre del año 2023. Acciones para mejorar la regularización del Indicador: 1) Se reprogramaron metas para el 2023 que se verán reflejadas al cierre del año, 2) Se mejoró el registro continuo de publicaciones en el SEI por todos los investigadores del SI y área médica del INP.
	V1: Artículos científicos de impacto alto publicados en revistas (grupos III a VII) en el periodo	150		44	69	
	V2: Artículos científicos totales publicados en revistas (grupos I a VII) en el periodo x 100	210		64	103	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el Indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
PROPÓSITO	Promedio de productos por Investigador Institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	1.5	Semestral	0.5	0.7	VERDE Variaciones debido a: El resultado del indicador es superior a la meta programada (0.7 productos por investigador) debido al número total de productos por encima de lo esperado al cierre del semestre 2023, 2) Se ha observado una mejora en el registro de productividad por parte de los investigadores en el sistema electrónico de Investigación (SEI), debido a acciones implementadas para estimular la productividad científica y el reporte, 3) Hay aumento en el número de investigadores como resultado de la promoción de la convocatoria DE Ingreso, promoción y Permanencia de DGPIS 2023 y a la participación de Investigadores en las convocatorias del SNH. Acciones para lograr la regularización: 1) Se reprogramaron metas para el 2023 en base al histórico de años previos, al cierre anual se revisará la programación, 2) Se continuará estimulando el registro continuo de publicaciones por parte de todos los investigadores del INP, 3) Se realiza mejora continua del sistema SEI y sus apartados para hacer más ágil y eficiente el registro de los distintos indicadores.
	V1: Productos institucionales totales en el periodo.	215		70	108	
	V2: Total de investigadores institucionales vigentes en el periodo.	147		147	151	

Indicadores de Gestión (Componente y Actividad)

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el Indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
ACTIVIDAD	Porcentaje de ocupación de plazas de Investigador FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	96.1	Anual	96.1	96.1	VERDE El indicador se comportó de acuerdo a lo programado, la meta fue alcanzada en virtud de que las plazas disponibles fueron ocupadas por personal pre-evaluado por DGPIS. Se continuará promoviendo el Ingreso, promoción y permanencia en las convocatorias; así como mayor participación en investigación del área médica.
	V1: Plazas de investigador ocupadas en el periodo	124		124	124	
	V2: Plazas de investigador autorizadas en el periodo	129		129	129	

 LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 LIC. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General
---	---	---





Avance de la Evaluación de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario
E-"023 Atención a la salud"
Acumulado al Tercer trimestre 2023

Indicadores de Desempeño Estratégico (Fin y propósito)

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
FIN	Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	60.0	Anual	60.0	59.9	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se abrieron 4,293 expedientes, 2,571 de ellos a pacientes referidos de instituciones públicas de salud, la demanda de valoraciones se ha incrementado de 250 a 300 valoraciones mensuales.</p> <p>Se aplica la política de Cero Rechazo, independientemente de su procedencia y diagnóstico médico. Y se continúa con la atención de las valoraciones de Consulta Externa</p>
	V1: Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación	3,131		2,342	2,571	
	V2: Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación	5,218		3,903	4,293	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
PROPÓSITO	Porcentaje de egresos hospitalarios por mejoría y curación FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	95.0	Anual	95.0	97.5	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se contabilizaron 4,782 egresos hospitalarios por mejoría y curación de un total de 4,907 egresos hospitalarios, la demanda presentada superó la proyección que se realizó de acuerdo a la tendencia histórica, debido a que a partir de la publicación de la Política de Gratuidad se ha presentado un aumento constante de la demanda de atención del INP; así como a que los diferentes niveles de atención han realizado una mejor referencia de pacientes</p> <p>El aumento en la demanda respecto de lo programado implica un incremento de los insumos para la atención del paciente</p> <p>El Instituto atenderá pacientes de acuerdo a la demanda presentada y la capacidad institucional</p>
	V1: Número de egresos hospitalarios por mejoría y curación	5,103		3,817	4,782	
	V2: Total de egresos hospitalarios	5,372		4,018	4,907	

Indicadores de Gestión (Componente y Actividad)

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad con la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.0	Anual	89.8	87.5	<p>De un total de 383 usuarios encuestados 335 usuarios manifestaron estar satisfechos. Se han identificado las principales causas de insatisfacción.</p> <p>De manera general, en las áreas de atención médica ambulatoria las personas entrevistadas expresaron los aspectos a mejorar percibidos por los usuarios en la atención médica ambulatoria</p> <p>A continuación se detallan las encuestas realizadas en atención médica ambulatoria Consulta Externa de Subespecialidad (281), Urgencias (60), AQUA (38), ICE (12) y Litosomales (12); se identificaron 344 pacientes satisfechos, lo que equivale a un porcentaje de satisfacción del 87.6%.</p> <p>Asimismo, se identificó que el 82.2% de los pacientes vienen acompañado por su madre, el 9.8% por su padre y el restante por otros familiares o tutores; el estado con mayor número de usuarios de consulta externa es la Ciudad de México, siendo un 49.8% y, el siguiente es el Estado de México con un 29.5%; la percepción de respeto por parte de personal en el Instituto es del 94.5% y el 6.5% considera que no se le ha tratado con respeto.</p>
	V1: Número de usuarios en atención ambulatoria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	450		344	335	
	V2: Total de usuarios en atención ambulatoria encuestados	500		383	383	

Elaboró	Revisó	Autorizó
 LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General





Avance de la Evaluación de Indicadores de Resultados del Programa Presupuestario
E-010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud",
área de Formación y capacitación de recursos humanos para la salud
Acumulado al Tercer trimestre 2023

Indicadores de Desempeño Estratégico (Fin y propósito)

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
PROPÓSITO	Porcentaje de profesionales de la salud que concluyeron cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.5	Anual	83.3	66.2	ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE Derivado de los cambios administrativos en el Departamento de Educación Médica Continua a partir del mes de septiembre, no fue posible llevar a cabo la elaboración de constancias de los cursos denominados 1er. CONGRESO DE CLÍNICA CARDIOVASCULAR EN PEDIATRÍA Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y PRIMER FORO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO ENFOQUE TRANSDISCIPLINARIO DIAGNÓSTICO, EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO UN PROBLEMA DE SALUD MUNDIAL que concluyeron en la segunda semana del mes de septiembre; Al cierre del tercer trimestre no fue posible concluir con el proceso en el Sistema de Registro de Educación Continua de los cursos denominados IV CURSO SEGUIMIENTO DEL NEONATO DE ALTO RIESGO y 1er. SIMPOSIO DE FARMACIA HOSPITALARIA, toda vez que concluyeron en la segunda quincena del mes de septiembre, quedando pendiente la conclusión de las evaluaciones por parte de los participantes y su validación por parte de la Unidad de Congresos en el SIREC.
	V1: Número de profesionales de la salud que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua impartida por la institución	3,500		2,500	1,126	
	V2: Número de profesionales de la salud inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado x 100	4,000		3,000	1,701	

Indicadores de Gestión (Componente y Actividad)

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Eficacia en la impartición de cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	92.6	Anual	90.0	80.0	ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE En el periodo se realizaron 16 cursos de educación continua impartidos por la institución, debido a que dos de los cursos programados durante el tercer trimestre, concluyeron hasta el cuarto trimestre del 2023, un curso tuvo mayor participación interna que externa por lo que de acuerdo a los Criterios Institucionales no se contabilizó y dos cursos no contaron con evaluación, dando un total de 21 cursos programados durante el periodo.
	V1: Número de cursos de educación continua impartidos por la institución en el periodo	25		18	16	
	V2: Total de cursos de educación continua programados por la institución en el mismo periodo X 100	27		20	20	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de participantes externos en los cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	90.0	Anual	90.0	51.9	ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE Se registraron 883 participantes externos en los cursos de educación continua de un programado de 2700, derivado de los cambios administrativos en el Departamento de Educación Médica Continua a partir del mes de septiembre, no fue posible llevar a cabo la elaboración de constancias de los cursos denominados 1er. CONGRESO DE CLÍNICA CARDIOVASCULAR EN PEDIATRÍA Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y PRIMER FORO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO ENFOQUE TRANSDISCIPLINARIO DIAGNÓSTICO, EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO UN PROBLEMA DE SALUD MUNDIAL que concluyeron en la segunda semana del mes de septiembre; Al cierre del tercer trimestre no fue posible concluir con el proceso en el Sistema de Registro de Educación Continua de los cursos denominados IV CURSO SEGUIMIENTO DEL NEONATO DE ALTO RIESGO y 1er. SIMPOSIO DE FARMACIA HOSPITALARIA, toda vez que concluyeron en la segunda quincena del mes de septiembre, quedando pendiente la conclusión de las evaluaciones por parte de los participantes y su validación por parte de la Unidad de Congresos en el SIREC.
	V1: Número de participantes externos en los cursos de educación continua impartidos en el periodo	3,600		2,700	883	
	V2: Total de participantes en los cursos de educación continua impartidos en el periodo x 100	4,000		3,000	1,701	

Elaboró LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	Revisó LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	Autorizó DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General
--	--	---





INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Percepción sobre la calidad de la educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	9.6	Anual	9.6	8.1	ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE Se registró un alcanzado de 7,289 en la sumatoria de la calificación percibida de los cursos manifestada por los profesionales de la salud encuestados de un programado de 14,364. En el proceso del SIREC el paso previo a generación de constancias es la respuesta y obtención de resultados de las encuestas de satisfacción, por lo que al no contar con ellas los resultados de las encuestas no se pueden procesar. Se realizó el análisis de las variables que impactan en la disminución de la percepción de la calidad de los cursos, según lo obtenido en las encuestas que se lograron procesar, resultado que los problemas de conectividad son los que afectan mayormente a las actividades. Se implementarán estrategias para mejorar estos puntos.
	V1: Sumatoria de la calificación manifestada por los profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados respecto a la calidad percibida de los cursos recibidos	20,110		14,364	7,282	
	V2: Total de profesionales de la salud que participan en cursos de educación continua (que concluyen en el periodo) encuestados	2,100		1,500	902	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
ACTIVIDAD	Eficacia en la captación de participantes a cursos de educación continua FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	Anual	100.0	56.7	ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE Durante el periodo dos de los cursos programados para el tercer trimestre, concluirán hasta el cuarto trimestre del 2023, y que los cursos IV CURSO SEGUIMIENTO DEL NEONATO DE ALTO RIESGO y 1er. SIMPOSIO DE FARMACIA HOSPITALARIA concluyeron en la segunda quincena del mes de septiembre, al día 30 de septiembre no se contó con el proceso concluido en el SIREC, no se contabilizó un curso que contó con mayor participación interna que externa y dos de los cursos realizados no contaron con evaluación.
	V1: Número de profesionales de la salud efectivamente inscritos a los cursos de educación continua realizados por la institución durante el periodo reportado	4,000		3,000	1,701	
	V2: Número de profesionales de la salud que se proyectó asistirían a los cursos de educación continua que se realizaron durante el periodo reportado x 100	4,000		3,000	3,000	

Elaboró	Revisó	Autorizó
 LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General





INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas respecto al total realizado FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	Anual	100.0	100.0	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se realizaron 27,782 sesiones de rehabilitación especializadas, el Servicio de Medicina de Rehabilitación gestionó y obtuvo mayores recursos humanos para disminuir la lista de espera que se generó con motivo de la Pandemia de Covid-19; asimismo el mayor número de expedientes abiertos significó una mayor demanda de sesiones ambulatorias.</p> <p>Se presentó un aumento en la demanda respecto de lo programado, lo que implica un incremento de los insumos para la atención del paciente.</p> <p>A partir de la publicación de la política de gratuidad se ha presentado un aumento constante de la demanda de atención del INP así como a que los diferentes niveles de atención han realizado una mayor referencia de pacientes que en la preconsulta acuciosa se ha identificado que el 30% de estos pacientes ameritan la apertura de expediente clínico.</p> <p>Se continuará con la observancia y aplicación de criterios de alta especialidad correspondientes al tercer nivel de atención.</p>
	V1: Número de sesiones de rehabilitación especializadas realizadas	24,000		17,951	27,782	
	V2: Total de sesiones de rehabilitación realizadas	24,000		17,951	27,782	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de procedimientos diagnósticos de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.0	Anual	90.0	98.3	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se realizaron 37,832 procedimientos diagnósticos ambulatorios de alta especialidad de un total de un total de 38,492, de manera paulatina se ha incrementado el número de pacientes referidos con padecimientos de alta complejidad que cumplen los criterios para la apertura de expediente, lo que ha aumentado los internamientos y atenciones en la consulta externa, así como la demanda de estudios diagnósticos ambulatorios, debido a que el costo de la medicina privada ha significado que un mayor número de familias sin seguridad social soliciten atención en el Instituto.</p> <p>Se atendió la demanda presentada de acuerdo con los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta la institución. El aumento en la demanda implica un incremento de los insumos para la atención del paciente</p> <p>Se revisarán los tipos y servicios en donde se presenta el aumento en la demanda de procedimientos diagnósticos así como los criterios de registro de los procedimientos.</p>
	V1: Número de procedimientos diagnósticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	31,500		23,560	37,832	
	V2: Total de procedimientos diagnósticos realizados	35,000		28,178	38,492	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios de alta especialidad realizados FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	100.0	Anual	100.0	100.0	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se otorgaron 30,774 procedimientos terapéuticos considerados de alta especialidad de un total de 30,774 procedimientos terapéuticos por la implementación de un Programa de Relajación por el Servicio de Salud Mental y uno de activación física dirigido a los trabajadores del INP, para mejorar el clima laboral; las sesiones que no estaban contempladas en la programación original.</p> <p>Se presentó un aumento en la demanda respecto de lo programado, y se otorgaron sesiones adicionales a las programadas, lo que implica un incremento de los insumos para la atención del paciente</p> <p>Se revisarán los tipos y servicios en donde se presenta el aumento en la demanda de procedimientos diagnósticos así como los criterios de registro de los procedimientos.</p>
	V1: Número de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados considerados de alta especialidad por la institución	27,000		20,198	30,774	
	V2: Total de procedimientos terapéuticos ambulatorios realizados	27,000		20,198	30,774	

 Elabó	 Revisó	 Autorizó
LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General





INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Eficacia en el otorgamiento de consulta programada (primera vez, subsecuente, preconsulta) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	90.0	Anual	90.0	109.8	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se realizaron 130,742 consultas debido a que la demanda presentada superó la proyección que se realizó de acuerdo a la tendencia histórica. A partir de la publicación de la Política de Gratuidad se ha presentado un aumento constante de la demanda de atención del INP; además que se realiza una evaluación más acuciosa por parte de los médicos de la consulta externa respecto a la pertinencia de diagnóstico al tercer nivel de atención y al fortalecimiento de participación en los Comités de la Zona Sur para el envío adecuado de pacientes al INP; así como el incremento de pacientes referidos por consulta externa del Segundo Nivel de atención de la CDMX y el envío de pacientes foráneos.</p> <p>El aumento en la demanda implica un incremento de los insumos para la atención del paciente.</p> <p>Se realizarán gestiones para la consulta vespertina y ante las autoridades de salud estatales para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.</p>
	V1: Número de consultas realizadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	143,293		107,175	130,742	
	V2: Número de consultas programadas (primera vez, subsecuente, preconsulta)	159,214		119,083	119,083	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	92.0	Anual	91.6	88.5	<p>De un total de 191 usuarios encuestados 169 usuarios manifestaron estar satisfechos. Se han identificado las principales causas de insatisfacción. De manera general, en las áreas de atención médica hospitalaria las personas entrevistadas expresaron los aspectos a mejorar percibidos por los usuarios en la atención médica hospitalaria</p> <p>A continuación se detallan las encuestas realizadas en atención médica hospitalaria: Oncología (48), Clínica General (30), Infectología (25), Hematología (17), Gastroenterología y Nutrición (17), Ortopedia (13), Neumología (10) y el resto en otros servicios.</p> <p>Se identificaron 169 pacientes satisfechos, lo que equivale a una percepción de satisfacción del 88.6%, 3.1 menos de lo programado. El 71.2% de los pacientes se encuentran acompañados de sus madres, el 95.8% considera que se le atendió con respeto, también se observa que la mayoría de los pacientes provienen de la Ciudad de México y del Estado de México.</p>
	V1: Número de usuarios en atención hospitalaria que manifestaron una calificación de percepción de satisfacción de la calidad de la atención recibida superior a 80 puntos	230		174	169	
	V2: Total de usuarios en atención hospitalaria encuestados	250		190	191	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a la NOM SSA 004 FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	87.8	Anual	87.7	86.1	<p>Se contabilizaron 355 expedientes que cumplen los criterios de la NOM de un total de 417 expedientes revisados respecto de una programación de 424, esto debido a la entrega desfasada de las cédulas de evaluación de expedientes clínicos.</p> <p>Se reforzará en cada sesión del Comité, principalmente, con los subdirectores médicos la importancia de la evaluación de los expedientes clínicos, con la finalidad de obtener información que apoye en el análisis y toma de decisiones para la mejora del mismo.</p>
	V1: Número de expedientes clínicos revisados que cumplen con los criterios de la NOM SSA 004	448		372	359	
	V2: Total de expedientes revisados por el Comité del expediente clínico institucional	510		424	417	

 Elaboró LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 Revisó LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 Autorizó DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General
--	--	---





INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Porcentaje de ocupación hospitalaria FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	75.0	Anual	75.0	81.9	<p>AMARILLO</p> <p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se registró una ocupación de 81.9 por ciento, con 54,659 días paciente y 44,226 días cama, debido a que la demanda superó la proyección que se realizó de acuerdo a la tendencia histórica y a partir de la publicación de la Política de Gratuidad se ha presentado un aumento constante de la demanda de atención del INP.</p> <p>En el periodo se contabilizaron 243 camas censables, superior a las 236 camas con que se programó el indicador en el ejercicio 2022.</p> <p>Se realiza una evaluación más acuciosa por parte de los médicos de la consulta externa respecto a la pertinencia de diagnóstico al tercer nivel de atención y al fortalecimiento de participación en los Comités de la Zona Sur para el envío adecuado de pacientes al INP; así como el incremento de pacientes referidos por consulta externa del Segundo Nivel de atención de la CDMX y el envío de pacientes foráneos, que ha significado un aumento en los pacientes aceptados en hospitalización con padecimientos de alta complejidad, que implican una mayor estancia hospitalaria.</p> <p>Se otorgaron atenciones de acuerdo con la demanda presentada, lo que implica una mayor ocupación, se atendió la demanda presentada, lo que implica una mayor erogación de recursos respecto a los previstos.</p>
	V1: Número de días paciente durante el periodo	64,331		48,116	54,559	
	V2: Número de días cama durante el periodo	85,775		64,155	66,582	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
COMPONENTE	Promedio de días estancia FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2	10.5	Anual	10.5	10.4	<p>ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE</p> <p>Se registraron 50,872 días de estancia y 4,907 egresos, la demanda superó la proyección que se realizó de acuerdo a la tendencia histórica, a partir de la publicación de la Política de Gratuidad se ha presentado un aumento constante de la demanda de atención del INP; además que se realiza una evaluación más acuciosa por parte de los médicos de la consulta externa respecto a la pertinencia de diagnóstico al tercer nivel de atención y al fortalecimiento de participación en los Comités de la Zona Sur para el envío adecuado de pacientes al INP; así como el incremento de pacientes referidos por consulta externa del Segundo Nivel de atención de la CDMX y el envío de pacientes foráneos, que ha significado un aumento en los pacientes aceptados en hospitalización con padecimientos de alta complejidad, que implican una mayor estancia hospitalaria.</p> <p>Se presentó un aumento en la demanda respecto de lo programado, lo que implica un incremento de los insumos para la atención del paciente.</p>
	V1: Número de días estancia	56,234		42,060	50,872	
	V2: Total de egresos hospitalarios	5,372		4,018	4,907	

INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
ACTIVIDAD	Proporción de consultas de primera vez respecto a preconsultas FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100	37.0	Anual	37.0	23.7	<p>Se otorgaron 4,294 consulta de primera vez otorgadas y 18,086 preconsultas debido a una evaluación más acuciosa por parte de los médicos de la consulta externa respecto a la pertinencia de diagnóstico al tercer nivel de atención y al fortalecimiento de participación en los Comités de la Zona Sur para el envío adecuado de pacientes al Instituto Nacional de Pediatría así como el incremento de pacientes referidos por consulta externa del Segundo Nivel de atención de la CDMX y el envío de pacientes foráneos, los cuales propiciaron el aumento de aperturas de expedientes clínicos.</p> <p>El Instituto es una institución de alta especialidad y realiza las aperturas de expedientes a pacientes con padecimientos de alta especialidad, la demanda presentada superó la proyección de ambas variables de acuerdo a la tendencia histórica, se continuará la observancia y aplicación de criterios de alta especialidad correspondientes al tercer nivel de atención.</p>
	V1: Número de consultas de primera vez otorgadas en el periodo	5,187		3,879	4,294	
	V2: Número de preconsultas otorgadas en el periodo	14,018		10,485	18,086	

Elaboró	Revisó	Autorizó
 LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Desempeño Organizacional	 LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General





INDICADORES		META ANUAL	Periodicidad reporte	META ACUMULADA		ACCIONES INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO 2/ (Acciones correctivas o preventivas a implementar para mejorar el cumplimiento cuando existe una variación superior al 10% en el valor alcanzado de la meta programada o un cambio relevante en cualquiera de las variables que integran el indicador).
NIVEL MML	DEFINICIÓN			PROGRAMADA	REALIZADA	
	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia hospitalaria) FÓRMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 1000	10.0		10.0	12.6	ESTE INDICADOR FUE REPROGRAMADO PARA EL CUARTO TRIMESTRE Se presenta un aumento en la Tasa, debido a diferentes factores externos, pacientes complejos y con atención no óptima en segundo nivel, patología compleja requiere estancia hospitalaria prolongada y uso de Dx y Tx con múltiples métodos invasivos, hacinamiento e índice enfermera paciente no óptimo en turno predominando vespertino y nocturno, no solo por el número sino por no tener experiencia en la atención de Épo de paciente. No cumplimiento de procedimientos de atención de paciente y medidas de prevención De acuerdo al Boletín del REHOVE, durante el ejercicio 2022 con respecto a la tasa nacional de IAAS por 1,000 días paciente fue de 8.26, siendo Ciudad de México, la entidad federativa con la tasa más elevada de 17.46. Se presenta un aumento de la morbilidad, complicación de edo. clínico paciente y mortalidad hospitalaria, aumento de la estancia hospitalaria, por consiguiente aumento de los costos, nuevos eventos de IAAS, generación de resistencias antimicrobianas y transmisión de microorganismos multídrogo-resistentes en el ambiente hospitalario.
ACTIVIDAD	V1: Número de episodios de infecciones nosocomiales registrados en el periodo de reporte	562	Anual	421	639	
	V2: Total de días estancia en el periodo de reporte	56,234		42,060	50,872	Debido a la mejora en el criterio de referencia de las instituciones públicas se ha incrementado el envío de pacientes al INP que corresponden a un tercer nivel, se presenta un aumento importante de ingresos de pacientes complicados, lo que ha significado un aumento los días estancia y la necesidad de atender enfermedades más complejas que para su diagnóstico y tratamiento se requiere mayor tiempo. Así mismo, al regreso de todos los servicios al funcionamiento normal hospitalario con mayor movimiento de pacientes.

Elaboró	Revisó	Autorizó
 LCDA. PATRICIA AURORA BARANDA CUAXOSPA Jefa del Departamento de Diseño y Planificación Organizacional	 LCDO. AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ Director de Planeación	 DRA. MERCEDES MACÍAS PARRA Directora General



RV: CUESTIONARIO SEVAC

De: aarvizua@pediatria.gob.mx

Para: fedecalderonmx@yahoo.com.mx; fcalderonc@pediatria.gob.mx

Fecha: viernes, 20 de octubre de 2023, 10:01 GMT-6

-----Mensaje original-----

De: finanzas@pediatria.gob.mx <finanzas@pediatria.gob.mx>

Enviado el: jueves, 19 de octubre de 2023 12:44 p. m.

Para: aarvizua@pediatria.gob.mx; 'Jose Luis Martinez' <jmartineza@pediatria.gob.mx>; 'RICARDO CASTRO DIAZ' <rcastr@pediatria.gob.mx>; Rlunam <rlunam@pediatria.gob.mx>; Maria Ledesma Miranda <cledesmam@pediatria.gob.mx>; Ltrejof <ltrejof@pediatria.gob.mx>; tesoreria@pediatria.gob.mx; contabilidadycostos@pediatria.gob.mx

CC: 'Gcastanedah' <gcastanedah@pediatria.gob.mx>; rruiza@pediatria.gob.mx

Asunto: Re: CUESTIONARIO SEVAC

BUENAS TARDES, DERIVADO DE SU SOLICITUD DEL CORREO QUE ANTECEDE, SE ENVÍA ANÁLISIS DE REACTIVOS Y DE LAS ÁREAS QUE DEBERÁN DAR ATENCIÓN A LOS MISMOS, ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE LA SUBDIRECCIÓN DE FINANZAS CONSIDERA COMO PROPUESTA LAS ÁREAS RESPONSABLES, ASIMISMO Y DE SER EL CASO ESTAREMOS EN ESPERA DE SUS OBSERVACIONES AL LISTADO.

RECIBAN UN CORDIAL SALUDO.

El 2023-10-18 12:34, aarvizua@pediatria.gob.mx escribió:

> BUEN DÍA C.P. GALLEGOS

>

> ME PARECE PRIMORDIAL SER PRECISO EN QUE APARTADOS LE CORRESPONDE A
> CADA CUAL Y SOBRE ESTE DAR INICIO A LOS TRABAJOS, DE HECHO CONTANDO
> CON LA HOJA QUE INDIQUE QUE APARTADO LE CORRESPONDE A CADA CUAL;
> PODEMOS LLEVAR A CABO UNA REUNIÓN PARA ACORDAR Y DEJAR EN FIRME LOS
> ELEMENTOS DE CADA ÁREA Y EL TIEMPO QUE SE CUENTA PARA SU CUMPLIMIENTO.
> ALGO PARACIDO AL TRABAJO QUE REALIZA PARA LA INTEGRACION DE LA AUDITORIA EXTERNA.

>

> QUEDO ATENTO Y SALUDOS

>

> AGUSTÍN ARVIZU ÁLVAREZ

>

> -----Mensaje original-----

> De: finanzas@pediatria.gob.mx <finanzas@pediatria.gob.mx> Enviado el:

> miércoles, 18 de octubre de 2023 11:56 a. m.

> Para: Aarvizua <aarvizua@pediatria.gob.mx>; 'Jose Luis Martinez'

> <jmartineza@pediatria.gob.mx>; 'RICARDO CASTRO DIAZ'

> <rcastr@pediatria.gob.mx>; Ricardo Luna Martinez

> <icaro_616@hotmail.com>; Ltrejof <ltrejof@pediatria.gob.mx>;

> rruiza@pediatria.gob.mx

> CC: Gcastanedah <gcastanedah@pediatria.gob.mx>

> Asunto: CUESTIONARIO SEVAC

>

>

> BUENOS DÍAS, CON EL PROPÓSITO DE AVANZAR EN EL LLENADO DEL
> CUESTIONARIO RELATIVO A LA ARMONIZACIÓN CONTABLE, SE ANEXA LIGA EN LA
> CUAL SE PODRÁ VISUALIZAR DICHO DOCUMENTO, A FIN DE REQUISITAR LO
> APLICABLE A SUS ÁREAS. ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE DE SER EL CASO
> DEBERÁN ANEXAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SOPORTE LA RESPUESTA A LOS REACTIVOS.

>

> https://drive.google.com/drive/folders/1K7Gz3_IKx-rjnxBi052RCJyBTHPlz

> JI

>

> PARA CUALQUIER ACLARACIÓN ME ENCUENTRO A SUS ORDENES.



SEVAC 2023.xlsx

19.2kB