



**ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL
HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD**

OFICIO N°: CGE-OIC-HCDIMP-181/2025

**ASUNTO: NOTIFICACIÓN DEL INFORME FINAL DE LA
AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO CON CLAVE C.5
PRACTICADA AL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO CLÍNICO-
CONSULTA EXTERNA CORRESPONDIENTE AL PAT 2025.**

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., A 25 DE JULIO DE 2025

**DR. JOSÉ DE JESÚS VAZQUEZ MONTANTE
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL CENTRAL
“DR. IGNACIO MORONES PRIETO”
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
P R E S E N T E.-**

En relación con la **Orden de Auditoria N° CGE-OIC-HCDIMP-131/2025** con fecha de **23 de mayo de 2025**, y de conformidad en las atribuciones conferidas al Titular del Órgano Interno de Control en el artículo 29 fracciones I, III, IV, V, VIII, XII, XVII y XXVII del Reglamento Interior de la Contraloría General del Estado, se adjunta el **Informe de la Auditoría de Cumplimiento con clave C.5 al Departamento de Archivo Clínico-Consulta Externa**. En el informe adjunto se presentan con detalle las actividades realizadas.

ATENTAMENTE

**LIC. CRISTINA ISELA GARCÍA ARGUELLES
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
EN EL HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD**

2025, Año de la Innovación y Fortalecimiento Educativo

c.c.p. Lic. Rocío Maricela Lozano Franco. - Directora General de Órganos Internos de Control y Comisarias de la Contraloría General del Estado.
✓ c.c.p. Lic. Silvia Yunuen Cervantes Salas – Enlace para atender la Auditoría
c.c.p. Archivo.

Av. Venustiano Carranza No. 2395 Zona Universitaria San Luis Potosí, S.L.P. C.P. 78290 Tel. 01 (444) 210-13-00

www.hospitalcentral.mx



1 | 6
C.5 ARCHIVO CLINICO-CONSULTA EXTERNA
INFORME FINAL

*Me cabi
25/07/2025
13:40
Leyuemen*



**ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL
HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD**

INFORME DE AUDITORIA

AUDITORIA C.5 ARCHIVO CLÍNICO-CONSULTA EXTERNA

DEPENDENCIA O ENTIDAD: Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Hospital Regional de Alta Especialidad.

ÁREAS AUDITADAS: Dirección Médica/Departamento de Archivo Clínico-Consulta Externa.

TITULAR: Dr. José de Jesús Vázquez Montante.

TIPO DE AUDITORIA: Cumplimiento.

PERIODO REVISADO: Ejercicio 2024

MONTO FISCALIZADO: N/A

FECHA DE INICIO: 23 de mayo del 2025

FECHA DE CONCLUSIÓN: 25 de julio del 2025

TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL: Lic. Cristina Isela García Arguelles.

AUDITORES: C.P. Ana Marcela Segura Velázquez.
L.A. Fermin Ruiz Ovalle.





I. ANTECEDENTES

Con el objeto de verificar y promover en esta Unidad Administrativa el cumplimiento de sus programas sustantivos y de la normatividad aplicable, el 23 de mayo del 2025, con el oficio N°. CGE-OIC-HCDIMP-131/2025 se ordena la práctica de la Auditoria de Cumplimiento con clave C.5 al Director Médico, Dr. José de Jesús Vázquez Montante; así mismo se da a conocer el tipo de auditoría que se practicaría, la cual será una auditoria de cumplimiento al Departamento de Archivo Clínico-Consulta Externa, quedando como periodo a revisar el Ejercicio 2024 y los trabajos de auditoria serán realizados por los CC. C.P. Ana Marcela Segura Velázquez y el L.A. Fermin Ruiz Ovalle, siendo responsable de la misma la Lic. Cristina Isela García Arguelles, Titular del Órgano Interno de Control en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Hospital Regional de Alta Especialidad, anexando a dicho oficio la solicitud correspondiente para que nos proporcionara la documentación e información.

Posteriormente y en contestación al anexo del oficio N° CGE-OIC-HCDIMP-131/2025, al oficio N° CGE-OIC-HCDIMP-164/2025 de fecha 23 de mayo de 2025 y 24 de junio de 2025, se nos proporcionó lo solicitado con el oficio DM/DA/EA/0337/2025 y DM/DA/EA/0368/2025 de fecha 05 de junio de 2025 y 25 de junio de 2025.

Una vez que se tuvo a la vista la documentación e información solicitada, se analizaron, se revisaron y se elaboraron las cédulas donde se quedaron plasmadas todas las observaciones preliminares encontradas citando al servidor público responsable para que realizara las aclaraciones correspondientes, con el oficio N° CGE-OIC-HCDIMP-171/2025 de fecha 07 de julio de 2025; quedando como fecha de la reunión de trabajo el día 15 de julio de 2025, así mismo se elaboró el acta correspondiente donde se plasmaron las conclusiones y recomendaciones de la auditoria y determinando las observaciones definitivas; lo anterior nos sirvió de base para la elaboración del presente Informe Final de Auditoria de fecha 25 de julio de 2025; en el cual se dan a conocer las observaciones encontradas para ser solventadas por los servidores públicos correspondientes.

II. PERIODO, OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA REVISIÓN

II.1 PERIODO

PERIODO EN QUE SE REALIZÓ LA AUDITORIA:

Del 23 de mayo al 25 de julio de 2025

PERIODO REVISADO:

EJERCICIO 2024





II.2 OBJETIVO

Verificar la correcta elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual constituye una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, conforme a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012.

II.3 ALCANCE DE LA REVISIÓN

El periodo a revisar será el Ejercicio 2024 y abarcará el periodo para llevar a cabo del **23 de mayo al 25 de julio de 2025** y el rubro a auditar será al **Departamento de Archivo Clínico-Consulta Externa**.

- El alcance de la auditoría fue de carácter integral y esta se llevó a cabo con base en pruebas selectivas suficientes que permitieron valorar el objeto y materia de la auditoría, con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 (Expediente Clínico), Ley General de Salud, Ley de Archivos, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, Normatividad interna del Hospital (manuales, reglamentos, protocolos).

II.4 RESULTADO DEL TRABAJO DESARROLLADO

Para emitir el presente informe se revisó la información y documentación que se nos proporcionó con los oficios No. **DM/DA/EA/0337/2025** y **DM/DA/EA/0368/2025**, por lo que a continuación se describe el tipo de documentación que se verificó, el tipo de revisión que se aplicó y las observaciones encontradas.

PRIMERA ACTIVIDAD:

El día **23 de mayo del presente año** con oficio N° **CGE-OIC-HCDIMP-131/2025** se hizo entrega de la **ORDEN DE AUDITORIA** y se da a conocer la información a requerir; posterior a esto a través de oficio N°. **CGE-OIC-HCDIMP-134/2025**, se le notifica al enlace su designación y se requiere de la siguiente información para la revisión.

- Manual o lineamientos internos para la elaboración y resguardo del expediente clínico, de la Dirección Médica.
- Bitácoras o registros de acceso y uso del expediente clínico.
- Listado de personal autorizado para el manejo de expedientes.
- Políticas de confidencialidad y control documental.





- Evidencia de capacitación del personal en materia de expedientes clínicos.
- Sistemas electrónicos utilizados en la captura y registro de las atenciones que sirven para la elaboración del expediente clínico.
- Formatos que integran el expediente clínico.
- Actas de baja documental (si existen).
- Actas de Comité de expediente clínico, del Ejercicio 2024, así como día y hora en que se llevara a cabo la siguiente reunión del comité.
- Modelos de Control Interno implementados para dar cumplimiento a la Norma oficial mexicana 004. De expediente clínico.
- Lista de pacientes atendidos en el área de consulta Externa en el periodo auditado (formato digital Excel).

Lo anterior con la finalidad de dar inicio a los trabajos de auditoria programados en nuestros papeles de trabajo **CÉDULA CARTA PLANEACIÓN** y; por lo que con el los oficios No. **DM/DA/EA/0337/2025** y **DM/DA/EA/0368/2025** de fecha **05 de junio de 2025** y **25 de junio de 2025**, se nos proporcionó la información solicitada; la cual nos servirá para revisar y realizar nuestras **CÉDULA SUMARIA DE EXPEDIENTES REVISADOS, CÉDULA SUMARIA DE CONTROLES DOCUMENTALES, CÉDULA ANALÍTICA ANÁLISIS DE INTEGRACIÓN DOCUMENTAL, CÉDULA ANALÍTICA ANÁLISIS DE RESGUARDO Y ACCESO, CÉDULA SUBANALÍTICA VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTES (MUESTRA SELECTIVA) Y CÉDULA SUBANALÍTICA EVIDENCIA DE CONTROL DOCUMENTAL**. Las cuales nos sirvieron para evaluar el grado de cumplimiento del área de Consulta Externa respecto a la integración, uso y resguardo de los expedientes clínicos conforme a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, facilitando la identificación de hallazgos y la formulación de recomendaciones.

SEGUNDA ACTIVIDAD

Una vez terminados los trabajos de revisión y análisis de la auditoria se elaboró el papel de trabajo **CÉDULA DE OBSERVACIONES PRELIMINARES** el cual se anexo al oficio N°. **CGE-OIC-HCDIMP-171/2025** de fecha **07 de julio de 2025**; mediante el cual se citó al enlace para la reunión de trabajo el día **15 de julio de 2025**, en donde se aclararía los resultados preliminares derivados de la auditoria.

TERCERA ACTIVIDAD

Por último, se asistió a la reunión de trabajo el día **15 de julio de 2025** con la finalidad de que el enlace justificara, solventara y/o aclarara los resultados preliminares de la auditoria que le fueron notificados; se recibió oficio con No. **DM/DA/CA/EA/391/2025** de fecha **15 de julio de 2025**, recibido el mismo día, donde se presentó soporte documental consistente en oficio signado por la Jefa de la División de Paramédicos, en donde informa lo siguiente *“De manera mensual se realizan revisiones por parte de los integrantes del comité de acuerdo al MECIC, se*





encuentra en plan de mejora ya que se están solicitando firmas de entrega y recibo de los expedientes clínicos que solicitan mediante listado”, por lo que este órgano Interno de Control da por **SOLVENTADAS EN SU TOTALIDAD LAS OBSERVACIONES**, tal como queda plasmado en el papel de trabajo Cedula De Observaciones Finales. Dicho papel de trabajo nos sirvió de base para la elaboración del presente **Informe Final de Auditoría**.

Agradeciendo su atención, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

AUDITORES DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

C.P. ANA MARCELA SEGURA VELÁZQUEZ

L.A. FERMIN RUIZ OVALLE

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DEL INFORME

LIC. CRISTINA ÍSELA GARCÍA ARGUELLES
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
EN EL HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD





AUDITORÍA: De Desempeño referente al Departamento de Archivo Clínico-Consulta Externa.
UNIDAD AUDITADA: Dirección Médica / Archivo Clínico-Consulta Externa.

CLAVE: C.5 del Programa Anual de Trabajo 2025

Fecha: 25 de Julio de 2025

Cédulas de Auditoría -Final

No	OBSERVACIÓN	CONTENCIÓN DEL ENTE	ANÁLISIS DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
1	Del análisis la muestra de expedientes clínicos revisados correspondiente al ejercicio 2024, se verificó que la integración documental es parcial, ya que si bien los expedientes contienen la mayoría de los elementos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, se identificaron inconsistencias en la estructura, faltantes en algunos componentes normativos y deficiencias de forma. Entre los hallazgos más recurrentes destacan: • Ausencia de llenado incompleto en cartas de consentimiento informado. • Notas clínicas sin firma o fecha. • Orden cronológico irregular y foliado no correlativo. • Uso inadecuado o excesivo de abreviaturas. • Documentación clínica dispersa o no legible. La observación radica en que los expedientes clínicos presentan integración parcial respecto a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, lo cual puede comprometer la continuidad de la atención médica, la trazabilidad del tratamiento y el cumplimiento normativo en caso de requerimientos legales o administrativos.	Al respecto, mediante memorándum No. DPM/027/2025 de fecha 15 de julio del 2025, firmado por la Jefa de la División de Paramédicos, Dra. Rosa Isela Vega Méndez, se informa lo siguiente: "1. Integración parcial de los Expedientes Clínicos:" A) De manera mensual se realiza por parte de los integrantes del Comité del expediente Clínico la revisión de Expedientes Clínicos con el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Se anexa última revisión y memorándum donde se instruye implementar acciones de mejora por parte de la Subdirección de Calidad (Evidencia 1).	Con el análisis de la documentación presentada por parte del ente auditado, para solventar los Resultados Preliminares que le fueron notificados, se pudo concluir lo siguiente: El área auditada presentó evidencia de acciones sistemáticas para mejorar la integración documental de los expedientes clínicos, destacando la revisión periódica realizada por el Comité del Expediente Clínico con base en el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), conforme a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012. Asimismo, se anexó el memorándum mediante el cual se instruye implementar acciones de mejora desde la Subdirección de Calidad. Estas medidas representan una acción institucional que atiende el punto observado. Por lo que la observación se da por SOLVENTADA.
2	Del análisis los mecanismos de control, acceso y resguardo de los expedientes clínicos, se comprobó que, si bien existen procedimientos básicos para el archivo y resguardo físico, estos resultan insuficientes o desactualizados frente a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012, la Ley General de Archivos y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Control documental y acceso con deficiencias parciales • Se detectaron deficiencias en los siguientes aspectos: • Listado de personal autorizado inexistente o sin vigencia documental. • Bitácoras de acceso incompletas o sin firmas. • Falta de evidencia de capacitación formal al personal sobre manejo y confidencialidad. • Archivo físico con organización parcial y sin respaldo electrónico sistemático. La observación radica en que el sistema de control documental y acceso a expedientes clínicos presenta cumplimiento parcial, situación que representa un área de mejora relevante para fortalecer la trazabilidad, confidencialidad y seguridad de la información médica.	Al respecto, se reitera que mediante memorándum No. DPM/027/2025 de fecha 15 de julio del 2025, firmado por la Jefa de la División de Paramédicos, Dra. Rosa Isela Vega Méndez, se informa lo siguiente: "2. Control documental y acceso con deficiencias parciales:" A) El listado del personal autorizado para la solicitud de expedientes clínicos es variable, debido a la alta movilidad de personal de salud de base, horarios, en formación y jefaturas de servicios, son embargo, se actualiza cada 3 meses. Se anexa última actualización (Evidencia 2). B) La entrega de expedientes clínicos por ejemplo para consulta externa se encuentra en plan de mejora, ya que se está solicitando la firma de entregado y recibido de los expedientes clínicos que se solicitan mediante listado. Se anexa memorándum de lineamientos de préstamo de expedientes clínicos (Evidencia 3). C) El registro de expedientes clínicos en archivo de contestación se encuentra en plan de mejora, se lleva un avance del 100% por falta de personal. Se anexa registro del avance de expedientes depurados (Evidencia 4). • El registro de expedientes clínicos en archivo activo aún no se ha iniciado por falta de personal e insumos. Se anexa Plan de Mejora (Evidencia 5). • Se llevó a cabo capacitación en la búsqueda completa de los expedientes clínicos, para disminuir los faltantes de expedientes para la consulta externa. Se anexa lista de asistencia (Evidencia 6). • Se programa para el mes de agosto, capacitación en diferentes temas relacionados con el expediente clínico. Se anexa programación (Evidencia 7).	Con el análisis de la documentación presentada por parte del ente auditado, para solventar los Resultados Preliminares que le fueron notificados, se pudo concluir lo siguiente: Se presentó evidencia de acciones encaminadas a mejorar el control documental y el acceso a expedientes clínicos, incluyendo, actualización periódica del listado de personal autorizado, implementación de lineamientos para préstamo de expedientes, avance documentado en el proceso de depuración de archivos, capacitación reciente al personal y programación de próximas sesiones de formación. Lo anterior permite observar un compromiso institucional con la mejora continua y el fortalecimiento del resguardo y trazabilidad de la información clínica. Lo anterior representa una acción institucional válida para reforzar la seguridad y trazabilidad en la gestión de expedientes clínicos. Por lo que la observación se da por SOLVENTADA.

Revisó:
C.P. Ana Marcela Segura Velázquez

Autorizó:
Lic. Cristina Isela García Argüelles
1 de 1
C.5 Archivo Clínico-Consulta Externa
Cédula Final

Elaboró:
L.A. Fermin Ruiz Ovalle