



5. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué consideran les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede elegir más de una opción).

1	Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
2	Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
3	Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
4	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)
5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios

6	Para que se atiendan nuestras quejas
7	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa
8	Para lograr que el programa funcione mejor

6. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:

6.1. ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen? **Nota:** El Programa Calidad en la Atención Médica, sólo otorga a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica o del Premio Nacional de Calidad en Salud, apoyos para la adquisición de bienes o servicios, en una sola ocasión.

Si 1 No 0

6.2. Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría? **Nota:** El Programa Calidad en la Atención Médica, sólo otorga a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica o del Premio Nacional de Calidad en Salud, apoyos para la adquisición de bienes o servicios, en una sola ocasión.

Si 1 No 0

6.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

Si 1 No 0

6.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?

Si 1 No 0

6.5. ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?

Si 1 No 0

6.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?

Si 1 No 0

7. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos promotores del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios? Nota: Para el Programa Calidad en la Atención Médica los beneficiarios son los Establecimientos de Atención Médica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como áreas administrativas y de calidad de los Servicios Estatales de Salud de los 31 estados de la República, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que desarrollen Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica; o un Modelo de Gestión de Calidad Total

Si 1 No 0

8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

Si 1 No 0

9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando el número correspondiente



1 Sí

0 No

16.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

17. ¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?

1 Sí

0 No

SOLO PARA PROYECTOS DE CAPACITACIÓN

18. ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el proyecto, o en su caso, evidencias de que se adquirieron los servicios descritos en el proyecto?

1 Sí

0 No

19. ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto?

En el caso de los proyectos que no obtuvieron bienes, pasar a la pregunta 20.

1 Sí

0 No

19.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

20. ¿El establecimiento realizó el Proyecto de Capacitación por el cual recibió el apoyo?

1 Sí

0 No

20.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

21. ¿Hubo mejoras en el establecimiento por los bienes o servicios recibidos?

1 Sí

0 No

22. ¿Se dieron en su totalidad los temas contemplados en el programa de capacitación?

1 Sí

0 No

SOLO PARA PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

23. ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?

1 Sí

0 No

24. ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?

1 Sí

0 No

24.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

25. ¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?

1 Sí

0 No

26. ¿Hubo alguna irregularidad durante la entrega de los bienes y/o servicios?

1 Sí

0 No

27. ¿Durante la aplicación de la Cédula de Vigilancia, cómo fue la calidad de la atención que le dio el personal del establecimiento?

1 Buena

2 Regular

3 Mala

28. ¿Algún integrante del personal del establecimiento le negó la información sobre el Proyecto de Mejora o del Premio?

1 Sí

0 No

28.1. En caso de que si, escriba el: _____

29. Observaciones o comentarios adicionales:

Nombre y firma del Responsable del establecimiento:

Nombre y firma de los Integrantes del Comité de Contraloría Social:

Nombre y Firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad que recibe la Cédula: