

ANEXO 3

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE VIGILANCIA DE ENTREGA DE BIENES 2016

PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2016 (S202)

Subprograma específico: Verificar la existencia de bienes asignados a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2015¹.

Objetivo: La Cédula de Vigilancia de Entrega de Bienes y/o Servicios 2016, constituye un instrumento que fomenta el diálogo entre los integrantes de los Comités de Contraloría Social y el personal de los establecimientos ganadores del apoyo, con la finalidad de que realicen funciones de Contraloría Social en los establecimientos del Sector Salud que recibieron bienes por Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud 2015, de acuerdo a las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2015.

Se llenará la cédula de vigilancia de manera trimestral, de acuerdo al Programa Estatal de Contraloría Social, aplicando un mínimo de 2 cédulas. **FAVOR DE LLENAR A MANO Y CON LETRA DE MOLDE LA CÉDULA DE VIGILANCIA DE BIENES.**

Marque el número de Cédula de Vigilancia que aplica de acuerdo al trimestre que corresponda: (Aplicar una cédula por cada trimestre)

Marque con una X el trimestre al que corresponde la aplicación de la Cédula de Vigilancia de Entrega de Bienes. Se debe aplicar una Cédula cada trimestre.

I. DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Número de registro del Comité de Contraloría Social:	Este dato se obtiene hasta que el Responsable Estatal de la Captura en el Sistema Informático de Contraloría Social, registra el Acta de Instalación del Comité en el mismo. Una vez registrado, el sistema le proporcionará el número de comité.
El Comité lo integran:	Escriba el número de hombres y mujeres que integran el comité en el cuadro según corresponda.
Fecha de Constitución del Comité:	Escriba la fecha en la que se constituyó el Comité de Contraloría. Esta deberá ser igual a la registrada en el Acta de Instalación del Comité de Contraloría Social.

¹ En el caso de los Proyectos de Capacitación, la verificación podrá ser de bienes y/o servicios.

Fecha de llenado de la Cédula:	Escriba la fecha en la que va a aplicar la cédula.
Domicilio del integrante que llena la Cédula:	Escriba un domicilio completo en donde el Comité pueda recibir y expedir Información.
Teléfono del integrante que llena la Cédula:	Escriba el número telefónico de un integrante del comité, o en su caso un número donde se le pueda localizar.
Correo electrónico del integrante que llena la Cédula	Escriba el correo electrónico de algún integrante del comité en donde pueda recibir información.
II.DATOS DEL ESTABLECIMIENTO BENEFICIADO	
Concepto	Instrucciones:
Estado:	Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la entidad federativa, en donde se encuentra ubicado el establecimiento.
Municipio:	Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación en donde se encuentra ubicado el establecimiento.
Localidad:	Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicado el establecimiento.
Nombre del establecimiento:	Escriba el nombre completo del establecimiento y especifique la institución a la que pertenece (SSA, IMSS, ISSSTE, otras).
CLUES:	Pregunte al responsable del establecimiento la CLUES y escríbala. En el caso de los Proyectos de Capacitación, no llenar este apartado.
Institución:	Escriba el nombre de la institución a la que corresponde el establecimiento ganador del Proyecto de Mejora o Premio (SSA, IMSS, ISSSTE, etc.)
Domicilio:	Escriba el nombre completo del domicilio en donde se encuentra el establecimiento ganador del Proyecto de Mejora o de Premio.
Nombre del establecimiento:	Escriba el nombre completo del establecimiento.
Nombre del Proyecto o tipo de Reconocimiento:	Escriba el nombre completo del Proyecto de Mejora de la Calidad en la Atención Médica o el

	tipo de reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud por el cual el establecimiento fue acreedor a financiamiento.
Para este apartado, el Comité de Contraloría Social, utilizará la información de la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud proporcionada por el Responsable Estatal o Institucional de Calidad/Instancia Ejecutora o el responsable del establecimiento. En caso de tratarse de un Proyecto de Gestión en Red, deberá registrar el monto total asignado al proyecto y el monto total asignado al establecimiento en el que se llevará a cabo la Contraloría Social.	
Monto total asignado al Proyecto de Red:	Identifique el dato en la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud y regístrelo.
Monto Asignado al establecimiento:	Identifique el dato en la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud y regístrelo.
Fecha de asignación:	Identifique el dato en la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud y regístrelo.
Monto ejercido por el establecimiento:	Identifique el dato en la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud y regístrelo.
Periodo de ejecución:	Identifique el dato en la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud y regístrelo.
Población beneficiada:	Identifique el dato en la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud y regístrelo.

III.- APLICACIÓN DE LA CONTRALORÍA SOCIAL.

No.	Concepto	Instrucciones:
1.	¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social?	Marque con una "X", la opción que corresponda "SI" o "NO". La información necesaria se refiere a la información sobre el Proyecto de Mejora o del Premio Nacional de Calidad en Salud para realizar actividades de Contraloría Social.
2.	La información que conocen se refiere a:	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
3.	En caso de no haber recibido	Marque con una "X", la opción que corresponda

	información, ¿Solicitaron a la autoridad competente la información necesaria para ejercer las actividades de Contraloría Social?	“SI” o “NO”.
4.	¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité?	Marcar con una “X”, la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
5.	De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia, ¿Para qué consideran les sirvió participar en actividades de Contraloría Social?	Marcar con una “X”, la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
6.	En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social.	De cada una de la preguntas, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, señalar con una “X” a la opción, “SI” que equivale a 1, y “No” a 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?	Marque con una “X” , la opción, “SI” que equivale a 1 y “NO” a 0 .
8.	¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?	Marque con una “X” , la opción, “SI” que equivale a 1 y “NO” a 0 .
9.	Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando el número correspondiente	En este espacio deberá anotar las observaciones o sugerencias que se tengan con respecto a las preguntas anteriores, indicando, el número de la pregunta a la que corresponde la observación.
10.	¿Se entregaron al establecimiento los bienes y/o servicios especificados en el Proyecto de Mejora o en el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?	Marque con una “X” , la opción, “SI” que equivale a 1 y “NO” a 0 .
11.	Escriba la fecha en que le entregaron los bienes y/o servicios al establecimiento:	Solicite al responsable del establecimiento evidencia documentada con la fecha en la que se le entregaron los bienes. Registre con números arábigos y dos dígitos, el día y año.
12.	¿El establecimiento le proporcionó el Proyecto o el Formato de Justificación por el cuál le proporcionaron los bienes?	Marque con una “X” , la opción, “SI” que equivale a 1 y “NO” a 0 .
12.1.	En caso de haber respondido NO, Indique la causa o motivo.	Registre la causa o motivo por la cual no le entregaron el Formato de Justificación por el

		cuál le proporcionaron los bienes.
13.	3. ¿El establecimiento recibió los bienes y/o servicios completos? En caso de que el Proyecto Vigilado sea de Capacitación y no haya lista de bienes, favor de pasar a la pregunta 17	Marque con una “X” , la opción, “SI” que equivale a 1 y “NO” a 0.
13.1.	13.1. En caso de responder que NO, especifique ¿Por qué?	Pregunte al responsable del establecimiento la causa o motivo por el cual el establecimiento no recibió los bienes completos y anótelos en este espacio.
<p>NOTA: Todos los datos que se recaban en esta cédula corresponden al Proyecto de Mejora o del Premio Nacional de Calidad en Salud 2015 por el que el establecimiento recibió los bienes.</p> <p>El representante del comité escribirá los datos generales después de revisar el Proyecto y de verificar la existencia de los bienes descritos en el mismo, responderá la siguiente cédula y la(s) entregará al responsable del establecimiento junto con la(s) Minuta(s) de Reunión (es).</p>		
<p>II.- SOLO PARA PROYECTOS DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN.</p>		
<p>NOTA: Solicite al responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentadas de los bienes adquiridos con el apoyo proporcionado por el Proyecto de Gestión o Investigación.</p>		
No.	Concepto	Instrucciones:
14.	¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Proyecto?	De acuerdo a lo descrito en el Proyecto, verifique en el área correspondiente la existencia de cada uno de los bienes descritos en el Apartado 5.3 del mismo. Una vez finalizada la revisión, marque con una “X” , “SI” o “NO” , según corresponda. En el caso de que no se hayan encontrado los bienes (de manera total o parcial) pregunte la causa al responsable del establecimiento y describa en el apartado 10.1.
15.	¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto?	Verifique que los bienes asignados estén en funcionamiento en el área destinada, según lo descrito en el proyecto. Una vez finalizada la revisión, marque con una “X” , “SI” o “NO” , según corresponda.
15.1.	En caso de haber respondido NO, especifique ¿Por qué?	En el caso de que no se hayan encontrado en funcionamiento los bienes (de manera total o parcial) pregunte la causa al responsable del establecimiento y describa en el espacio asignado.

16.	¿El establecimiento realizó el Proyecto por el cual recibió los bienes?	Marque con una “X” , “SI” o “NO” . Si “NO” realizó el proyecto por el cual recibió los bienes, escriba el motivo en el apartado 12.1 .
16.1.	En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?	En el caso de que no se haya realizado el proyecto por el cual se ganó los bienes, pregunte la causa al responsable del establecimiento y describa en el espacio asignado.
17.	¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?	Marque con una “X” , “SI” o “NO” .

II.- SOLO PARA PROYECTOS DE CAPACITACIÓN.

NOTA: Solicite al responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentadas de los bienes adquiridos con el apoyo proporcionado por el Proyecto de Capacitación o en su caso, la lista de los servicios adquiridos con el apoyo.

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?	Marque con una “X” , la opción que corresponda “SI” o “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.	Marque con una “X” , la opción que corresponda “SI” o “NO” . En caso de haber respondido “NO” , especificar el motivo.
19.1.	En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?	En el caso de que no se hayan encontrado en funcionamiento los bienes (de manera total o parcial) pregunte la causa al responsable del establecimiento y describa en el espacio asignado.
20.	¿El establecimiento realizó el Proyecto de Capacitación por el cual recibió el apoyo?	Marque con una “X” , la opción que corresponda “SI” o “NO” .
20.1.	En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?	En caso de haber respondido “NO” , especificar el motivo.
21.	¿Hubo mejoras en el establecimiento por los bienes o servicios recibidos?	Marque con una “X” , la opción que corresponda “SI” o “NO” .
22.	¿Se dieron en su totalidad los temas contemplados en el programa de capacitación?	Marque con una “X” , la opción que corresponda “SI” o “NO” .

II.- SOLO PARA PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.

NOTA: Solicite al responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentadas de los

bienes adquiridos con el apoyo proporcionado por el Premio Nacional de Calidad en Salud.		
23	¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?	Marque con una “ X ”, la opción que corresponda “ SI ” o “ NO ”.
24	¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?	Marque con una “ X ”, la opción que corresponda “ SI ” o “ NO ”. En caso de haber respondido “ NO ”, especificar el motivo.
24.1	En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?	En el caso de que no se hayan encontrado en funcionamiento los bienes (de manera total o parcial) pregunte la causa al responsable del establecimiento y describa en el espacio asignado.
25.	¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?	Marque con una “ X ”, la opción que corresponda “ SI ” o “ NO ”.
NOTA: A partir de la pregunta 25, favor de continuar contestando la cédula para todos los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica		
26.	¿Hubo alguna irregularidad durante la entrega de los bienes y/o servicios ?	Marque con una “ X ”, la opción que corresponda “ SI ” o “ NO ”. En caso de haber respondido “ SI ”, especificar el motivo.
27.	¿Durante la aplicación de la Cédula de Vigilancia, cómo fue la calidad de la atención que le dio el personal del establecimiento?	Marque con una “ X ”, la opción que corresponda (Buena, Regular, Mala)
28.	¿Algún integrante del personal del establecimiento le negó la información sobre el Proyecto de Mejora o del Premio?	Marque con una “ X ”, la opción que corresponda “ SI ” o “ NO ”.
28.1.	En caso de que “ SI ” escriba el nombre.	Escriba el nombre completo de la persona que le negó la información o el cargo en caso de no contar con él.
29.	Observaciones o comentarios adicionales.	En este espacio deberá anotar las observaciones o sugerencias que se tengan con respecto a los resultados de la Contraloría Social.
Al finalizar la aplicación de la Cédula de Vigilancia, los integrantes del comité y el responsable del establecimiento, firmarán la cédula en el apartado correspondiente. En caso de que durante la aplicación haya asistido algún funcionario del nivel estatal, se le solicitará su firma, de lo contrario, se enviará al nivel estatal para su firma.		