

ANEXO 4

MINUTA DE REUNIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL 2016 PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (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.

DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN

DEPENDENCIAS (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF)	COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Fecha:	
Estado:	
Municipio:	
Localidad:	
Nombre del establecimiento:	
CLUES:	
Nombre del Comité de Contraloría Social:	
Asunto de la reunión: Marque el cuadro correspondiente al motivo de la reunión	<input type="checkbox"/> Minuta de reunión de convocatoria e instalación del Comité <input type="checkbox"/> Minuta de reunión de capacitación <input type="checkbox"/> Minuta de reunión de aplicación de la Contraloría Social (Cédula de Vigilancia) <input type="checkbox"/> Minuta de aplicación del Informe Final de Contraloría Social <input type="checkbox"/> Minuta de conclusión de actividades del Comité de Contraloría Social

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA O PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

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

ACTIVIDADES REALIZADAS (PROGRAMA DE LA REUNIÓN)

--

RESULTADOS DE LA REUNIÓN

NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

--

NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS BENEFICIARIOS (comentarios del responsable o personal del establecimiento)

--

OPINIONES DE LOS BENEFICIARIOS (opiniones del responsable o personal del establecimiento)

--

OPINIONES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

--

DENUNCIAS, QUEJAS Y PETICIONES QUE PRESENTAN LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ.

En el caso de que hayan existido quejas sobre la conformación de los comités, la impartición de la capacitación o la entrega de los bienes y/o servicios relacionados al Proyecto de Mejora o al Premio Nacional de Calidad en Salud, llene el siguiente cuadro:

Motivo de la queja:

Tipo de evidencias:

Seguimiento que se le dio a la queja:

Responsable de atender la queja:

