

ANEXO 8

ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ 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.

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro

II. DATOS GENERALES DEL APOYO

Nombre del establecimiento:	CLUES:
Nombre del Proyecto de Mejora o Premio que vigila:	
Dirección del establecimiento:	

III. NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre	Sexo M/H	Edad	Domicilio	Firma
--------	----------	------	-----------	-------

IV. SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muerte del Integrante | <input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (personal de la unidad, anexas listado) |
| <input type="checkbox"/> Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (anexas el escrito) | <input type="checkbox"/> Pérdida del carácter de usuario de los servicios de salud |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo del Comité por mayoría de votos (anexas listado) | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique |

IV. NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR

Nombre	Sexo M/H	Edad	Domicilio	Firma
--------	----------	------	-----------	-------

Nombre y firma del responsable del establecimiento:

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

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