

## SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

### **ANEXO 9**

### FICHA INFORMATIVA DE LOS PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA O DEL PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2016

#### PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (\$202)

**Subprograma específico:** Verificar la existencia de bienes y/o servicios 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 2015.

**NOTA:** Esta ficha deberá ser llenada por el Responsable Estatal o Institucional de Calidad/Instancia Ejecutora y entregarla al Comité de Contraloría Social, junto con el proyecto registrado por el cual se obtuvo el apoyo.

Señale el tipo de apoyo por el cual se realizará la Contraloría Social: 1 Proyecto de Gestión 2 Proyecto de Investigación 3 Proyecto de Capacitación 4 Premio Nacional de Calidad en Salud Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_ Localidad: CLUES (En el caso de establecimientos de Salud): \_\_\_\_\_\_Institución\_\_\_\_\_ Nombre del establecimiento o unidad administrativa: Domicilio del establecimiento o unidad administrativa:\_ Nombre del Proyecto o Categoría del Premio: El proyecto que se realizará o la distribución del gasto del recurso asignado por Premio es el siguiente: (mencionar las características generales del proyecto o premio).



# SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

**NOTA:** 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.

Para todas las modalidades, el periodo de ejecución del recurso inicia con la fecha de ministración del mismo a la Instancia Ejecutora y finaliza con la fecha de la última factura de comprobación.

Monto total asignado al Proyecto de Red:
Monto asignado al establecimiento: Fecha de asignación://día mes año
Monto ejercido por el establecimiento:
Periodo de la ejecución: del/ al// día mes año día mes año
El proyecto está:
Por iniciarse el:/
☐ Iniciado y/o en ejecución
Terminado
Detenido por el motivo de
se reiniciará el// Nueva fecha programada de término//
día mes año día mes año
Nombre y Firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad:
Nombre y firma del Integrante del Comité de Contraloría Social que recibe la Ficha: