

6. En caso de no haber recibido la información ¿Solicitaron a la autoridad competente la información necesaria para ejercer las actividades de Contraloría Social?

1	Sí
0	No

7. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Solicitar información de los beneficios recibidos	7	Contestar informes de Contraloría Social
2	Verificar el cumplimiento de los beneficios recibidos	8	Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as)
3	Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa	9	Expresar dudas y propuestas a los (las) responsables del Programa
4	Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa	10	Inhibir un posible condicionamiento para la entrega del beneficio o la permanencia en el Programa.
5	Verificar la entrega a tiempo de los beneficios	11	No deseamos responder / No sabemos
6	Orientar a los (las) beneficiarios (as) para presentar quejas y denuncias		

8. ¿Para qué sirvió participar en Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Para gestionar o tramitar los beneficios del Programa	6	Para que se atiendan nuestras quejas
2	Para recibir oportunamente los beneficios del Programa	7	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de transparentar los recursos del Programa
3	Para recibir mejor calidad en los beneficios del Programa	8	Para que el programa funcione mejor
4	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as) del Programa	9	Para continuar en el Programa
5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios (as) del Programa	10	No deseamos responder / No sabemos

9. De acuerdo a su experiencia como comité de Contraloría Social:

9.1. ¿Consideran que 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 Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, apoyos para la adquisición de bienes o servicios, en una sola ocasión. Si 1 No 0

9.2. ¿Consideran que el Programa cumplió con lo que informó que entregaría? Nota: El Programa Calidad en la Atención Médica, sólo otorga a los establecimientos ganadores de Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, apoyos para la adquisición de bienes o servicios, en una sola ocasión. Si 1 No 0

9.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? Si 1 No 0

9.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa? Si 1 No 0

9.5. ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? Si 1 No 0

9.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas y/o denuncias que entregaron a la autoridad? Si 1 No 0

10. ¿Cómo fue su experiencia con el Programa solicitando información de los beneficios recibidos?

1	Muy buena
2	Buena

3	Regular
4	Mala

5	Muy mala
6	No solicitamos información

10.1 ¿Por qué?

11. ¿Qué tan satisfechos(as) están con su participación en actividades de Contraloría Social?

Seleccionen en una escala del 1 al 10, donde 1 es “muy poco” y 10 es “mucho”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.1. ¿Qué se podría mejorar del proceso de Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Acceder a la información a tiempo
2	Resolución de inconformidades o expresiones ciudadanas (dudas, quejas o denuncias)
3	El seguimiento a quejas y denuncias
4	La comunicación con los (las) responsables del Programa
5	Lo que permite reportar este Informe de Contraloría Social

6	La selección de las personas beneficiarias que integran los comités
7	El impacto de la Contraloría Social en la transparencia y la rendición de cuentas del Programa
8	El impacto de la Contraloría Social para mejorar las fallas detectadas en el Programa.
9	Otra:

11.2. ¿Qué fue lo mejor del proceso de Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Acceder a la información a tiempo
2	Resolución de inconformidades o expresiones ciudadanas (dudas, quejas o denuncias)
3	El seguimiento a quejas y denuncias
4	La comunicación con los (las) responsables del Programa
5	Lo que permite reportar este Informe de Contraloría Social

6	La selección de las personas beneficiarias que integran los comités
7	El impacto de la Contraloría Social en la transparencia y la rendición de cuentas del Programa
8	El impacto de la Contraloría Social para mejorar las fallas detectadas en el Programa.
9	Otra:

12. ¿Recomendarían o invitarían a otras personas beneficiarias a formar parte de un Comité de Contraloría? Seleccionen en una escala del 1 al 10, donde 1 es “muy poco” y 10 es “mucho”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. ¿Ustedes o alguien de su familia tiene acceso a un teléfono celular inteligente o computadora? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Teléfono inteligente (p.ej. con aplicaciones como WhatsApp y Facebook)
2	Computadora con internet en casa
3	Computadora con internet cerca de casa (“café internet” o vecinos(as))
4	No, no tenemos acceso

14. Si una nueva forma de reportar lo permitiera ¿les parecería útil y conveniente hacer los Informes de Contraloría Social directamente por computadora o teléfono celular?

- | | |
|----------|---|
| 1 | Sí, por medio de teléfono inteligente |
| 2 | Sí, por medio de computadora con internet |
| 3 | No, me parece mejor hacerlo de la manera actual |

15. Observaciones (en su caso, incluir la o las preguntas adicionales)

IV. PREGUNTAS DE LA INSTANCIA NORMATIVA

16. ¿Se le entregaron al establecimiento los bienes y/o servicios especificados en el Proyecto de Mejora o en el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?

- 1 Sí 0 No

NOTA: Si no le entregaron los bienes y/o servicios, NO continúe con el llenado del Informe.

17. ¿El establecimiento recibió los bienes completos?

- 1 Sí 0 No

17.1. En caso de responder que NO, especifique ¿Por qué?

18. ¿El establecimiento recibió los bienes a tiempo (durante el ejercicio fiscal 2018)?

- 1 Sí 0 No

18.1 En caso de responder que NO, especifique ¿Por qué?

19. ¿El establecimiento le proporcionó el Proyecto de Mejora o el Formato de Justificación por el cuál le proporcionaron los bienes y/o servicios?

- 1 Sí 0 No

19.1. En caso de haber respondido NO, Indique la causa o motivo.

NOTA: Solicite al responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentadas de los bienes adquiridos por el Proyecto.

SOLO PARA PROYECTOS DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

20. ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Proyecto?

1 Sí 0 No

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

1 Sí 0 No

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

22. ¿El establecimiento realizó el Proyecto por el cual recibió los bienes?

1 Sí 0 No

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

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

1 Sí 0 No

SOLO PARA PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD O RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA

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

1 Sí 0 No

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

1 Sí 0 No

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

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

1 Sí 0 No

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

1 Sí 0 No

27.1. En caso de haber respondido SI, Escriba de que se trata. En caso de haber contestado No, continúe con la pregunta 36.

28. ¿Se resolvió la irregularidad?

1 Sí

0 No

V. SEGUIMIENTO A QUEJAS

NOTA: Llenar sólo en caso de haber recibido quejas o denuncias relacionadas a la entrega de bienes y/o servicios por 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, **de lo contrario, continúe con la pregunta 36.**

29. ¿Cuántas quejas recibió? _____

30. ¿Con qué se relacionan las quejas entregadas por el personal del establecimiento?

1 Ejecución del Proyecto

2 Se entregaron incompletos los bienes

3 Otro

31. ¿Le presentaron pruebas o documentos que apoyen la queja del personal del establecimiento respecto al Proyecto de Mejora o Premio?

1 Sí

0 No

31.1. En caso de haber contestado SI, mencione Cuáles.

31.2. En caso de haber contestado NO, ¿Cuál fue el motivo?

32. ¿Realizó el seguimiento de las quejas que recibió del personal del establecimiento al Proyecto de Mejora o Premio?

1 Sí

0 No

32. 1. En caso de haber respondido SI, mencione de cuántas _____

32.2 En caso de haber contestado NO, ¿Por qué?

33. ¿Qué resultados obtuvo?

1 Se resolvió la queja

2 No se resolvió la queja

3 Otro

34. ¿Envió copia de las quejas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para su seguimiento?

1 Sí

0 No

34.1. En caso de haber respondido SI, especifique ¿qué resultados le dieron?

35. ¿Envió copia de las quejas a la Secretaría de la Función Pública para su seguimiento?

1 Sí

0 No

Nota: Si no hubo quejas, continúe aquí

36. ¿Informó a los usuarios y al personal del establecimiento sobre los resultados de las actividades de Contraloría Social que obtuvo?

1 Sí

0 No

36.1. ¿Por qué medio? _____

37. ¿Durante la aplicación de la Contraloría, detectó alguna irregularidad referente a la correcta aplicación de los recursos?

1 Sí

0 No

37.1. En caso de haber contestado si, describa la irregularidad.

38. ¿Durante la aplicación de la Contraloría Social, cómo fue la calidad de la atención que le dio el personal del establecimiento?

1 Buena

2 Regular

3 Mala

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

1 Sí

0 No

40. 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 el Informe:

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: (ciudadanadgces@salud.gob.mx, tel: 20003400, Homero 213, piso 12, Col Chapultepec Morales, C.P. 11570, Delegación Miguel Hidalgo, México, Ciudad de México)