



ANEXO 4b

CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2018

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INFORME ANUAL 2018

Subprograma específico: Verificar la existencia de bienes asignados a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, subsidios otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2018.

Objetivo: El Informe de Entrega de Bienes y/o Servicios, (Informe de Contraloría Social), 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 de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, de acuerdo a las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2018.

FAVOR DE LLENAR A MANO Y CON LETRA DE MOLDE

I. INFORMACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA: La Instancia Ejecutora es la responsable de llenar este apartado.

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.
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.
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.
Clave del Estado	Escriba la clave del Estado, disponible en el INEGI
Clave del Municipio	Escriba la clave del Municipio, disponible en el INEGI
Clave de la Localidad	Escriba la clave de la Localidad, disponible en el

	INEGI
Clave del Programa	Escriba la clave del Programa, disponible en el INEGI
INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL	
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.
CLUES:	Pregunte al responsable del establecimiento la CLUES y escríbala.
Institución:	Escriba el nombre de la institución a la que corresponde el establecimiento ganador del Proyecto de Mejora o del Premio (SSA, IMSS, ISSSTE, otras.)
Domicilio:	Escriba el nombre completo del domicilio en donde se encuentra el establecimiento ganador del Proyecto de Mejora o del Premio.
Nombre del establecimiento:	Escriba el nombre completo del establecimiento y especifique la institución a la que pertenece (SSA, IMSS, ISSSTE, otras.)
Fecha de llenado del Informe:	Escriba la fecha en la que va a aplicar el Informe.
El Comité lo integran:	Escriba el número de hombres y mujeres que integran el comité en el cuadro según corresponda.
Tipo de Informe	Marque con una "X" si el informe corresponde a la aplicación inicial (julio- septiembre) o final (octubre – diciembre).
Para este apartado, el Comité de Contraloría Social, utilizará la información de la Ficha Informativa de los Proyectos de Mejora, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua 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.
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	La elección de los (las) integrantes del comité fue realizada por:	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
2.	¿Existió la misma posibilidad de elección como integrantes de comités para hombres y mujeres?	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
3.	¿Qué información conocen del Programa? Seleccionen todas las que apliquen.	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
4.	¿De acuerdo con la información proporcionada por los (las) servidores públicos del Programa, ¿Consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiarias cumplen con los requisitos para serlo?	Marque con una "X", la opción, que corresponda.
5.	¿Recibieron información necesaria para realizar sus funciones como integrantes del Comité de Contraloría Social?	Marque con una "X", la opción, " SI " que equivale a 1 y " NO " a 0.
6.	En caso de no haber recibido la información ¿Solicitaron a la autoridad competente la	Marque con una "X", la opción, " SI " que equivale a 1 y " NO " a 0.

	información necesaria para ejercer las actividades de Contraloría Social?	
7.	¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? Seleccionen todas las que apliquen.	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
8.	¿Para qué sirvió participar en Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
9.	De acuerdo a su experiencia como comité de Contraloría Social:	De cada una de la preguntas, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, señalar con una "X" a la opción, "SI" que equivale a 1, y "No" a 0 .
10.	¿Cómo fue su experiencia con el Programa solicitando información de los beneficios recibidos?	Marque con una "X" , la opción que elija.
10.1.	¿Por qué?	Especifique la causa o motivo por el cual su experiencia con el Programa solicitando información de los beneficios recibidos fue "mala" o "muy mala".
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"
11.1	¿Qué se podría mejorar del proceso de Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
11.2	¿Qué fue lo mejor del proceso de Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
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"
13.	¿Ustedes o alguien de su familia tiene acceso a un teléfono celular inteligente o computadora? Seleccionen todas las que apliquen.	Marcar con una "X", la opción que elija, recuerde que puede seleccionar varias respuestas.
14.	Si una nueva forma de reportar lo permitiera ¿les parecería útil y conveniente hacer los Informes de Contraloría Social directamente por	Marque con una "X" , la opción que elija.

	computadora o teléfono celular?	
15	Observaciones (en su caso, incluir la o las preguntas adicionales)	En el caso de tener alguna información adicional, favor de describirla en el espacio indicado.
IV. PREGUNTAS DE LA INSTANCIA NORMATIVA		
<p>NOTA: Todos los datos que se recaban en este Informe corresponden al Proyectos de Mejora de la Calidad de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, subsidios otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2018.</p> <p>El representante del comité responderá el siguiente Informe después de haber aplicado los dos informes en los trimestres julio – septiembre y octubre – diciembre, posteriormente lo entregará al responsable del establecimiento junto con toda la documentación de la aplicación de la Contraloría Social.</p>		
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?	Marque con una “ X ”, la opción, “ SI ” que equivale a 1 y “ NO ” a 0.
NOTA: Si no le entregaron los bienes y/o servicios, NO continúe con el llenado del Informe.		
17.	¿El establecimiento recibió los bienes completos?	Marque con una “ X ”, la opción, “ SI ” que equivale a 1 y “ NO ” a 0.
17.1	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, durante el ejercicio fiscal 2018.
18.	¿El establecimiento recibió los bienes a tiempo (durante el ejercicio fiscal 2018)?	Marque con una “ X ”, la opción, “ SI ” que equivale a 1 y “ NO ” a 0.
18.1	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 a tiempo, durante el ejercicio fiscal 2018.
19.	¿El establecimiento le proporcionó el Proyecto de Mejora o el Formato de Justificación por el cuál le proporcionaron los bienes y/o servicios?	Marque con una “ X ”, la opción, “ SI ” que equivale a 1 y “ NO ” a 0.
19.1	En caso de haber respondido NO, Indique la causa o motivo.	Indique la causa o motivo por el cual el personal del establecimiento no le proporcionó el Proyecto de Mejora o el Formato de Justificación por el cuál le proporcionaron los bienes.

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.

SOLO PARA PROYECTOS DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

No.	Concepto	Instrucciones:
20.	¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Proyecto?	De acuerdo a lo descrito en el apartado “Destino del financiamiento” del Proyecto de Mejora de la Calidad en la Atención Médica revise si los bienes se encontraban en el establecimiento, una vez finalizada la revisión, marque con una “X” , “SI” o “NO” , según corresponda.
21.	¿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.
21.1.	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.
22.	¿El establecimiento realizó el Proyecto por el cual recibió los bienes?	Marque con una “X” , “SI” o “NO” .
22.1.	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.
23.	¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?	Marque con una “X” , “SI” o “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?	Marque con una “X” , la opción que corresponda “SI” o “NO” .
25.	¿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” .

25.1	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.
26.	¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?	Marque con una “X”, la opción que corresponda “SI” o “NO”.
<p>NOTA: A partir de la pregunta 27, favor de continuar contestando el Informe para todos los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica</p>		
27.	¿Hubo alguna irregularidad durante la entrega de los bienes y/o servicios?	Marque con una “X”, la opción que corresponda “SI” o “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.	Escriba de que se trató la irregularidad durante la entrega de los bienes. En caso de haber contestado No, continúe con la pregunta 36.
28.	¿Se resolvió la irregularidad?	Marque con una “X”, la opción que corresponda “SI” o “NO”.
<p>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.</p>		
29.	¿Cuántas quejas recibió?	Anote el número de quejas que recibió.
30.	¿Con qué se relacionan las quejas entregadas por el personal del establecimiento?	Marque con una “X”, la opción según corresponda. Puede marcar una o más opciones.
31.	¿Le presentaron pruebas o documentos que apoyen la queja del personal del establecimiento respecto al Proyecto o Premio?	Marque con una “X”, SI o NO.
31.1.	En caso de haber contestado SI, mencione Cuáles.	Describe cuáles fueron las pruebas que le presentaron.
31.2.	En caso de haber contestado NO, ¿Cuál fue el motivo?	Describe el motivo por el cual no le presentaron las pruebas.
32.	¿Realizó el seguimiento de las quejas que recibió del personal del establecimiento al Proyecto de Mejora o Premio?	Marque con una “X”, SI o NO.

32.1.	En caso de haber respondido SI, mencione de cuántas	Escriba el número de quejas a las que le dio el seguimiento.
32.2	En caso de haber contestado NO, ¿Por qué?	Describe el motivo por el cual no le dio seguimiento a las quejas presentadas.
33.	¿Qué resultados obtuvo?	Marque con una "X" , la opción según corresponda.
34.	¿Envió copia de las quejas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para su seguimiento?	Marque con una "X" , SI o NO .
34.1.	En caso de haber respondido SI, especifique ¿qué resultados le dieron?	Describe el resultado que le dio la DGCES al seguimiento las quejas enviadas mediante copia.
35.	¿Envió copia de las quejas a la Secretaría de la Función Pública para su seguimiento?	Marque con una "X" , SI o 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?	Marque con una "X" , SI o NO .
46.1.	¿Por qué medio?	Describe por qué medio informó a los usuarios y al personal del establecimiento sobre los resultados de las actividades de Contraloría Social que obtuvo
37.	¿Durante la aplicación de la Contraloría, detectó alguna irregularidad referente a la correcta aplicación de los recursos?	Marque con una "X" , SI o NO .
47.1	En caso de haber contestado si, describa la irregularidad.	Describe la irregularidad detectada sobre la correcta aplicación de los recursos.
38	¿Durante la aplicación de la Contraloría Social, 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)
39.	¿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" .
40.	Observaciones o comentarios	En este espacio deberá anotar las observaciones o



	adicionales.	sugerencias que se tengan con respecto a los resultados de la Contraloría Social.
SN	Nombre y firma del Responsable del establecimiento:	Escriba el nombre del Responsable del establecimiento y solicite que le firme.
SN	Nombre y firma de los Integrantes del Comité de Contraloría Social:	Escriba el nombre de todos los Integrantes del Comité de Contraloría Social y firmen en el espacio asignado.
SN	Nombre y Firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad que recibe el Informe:	Escriba el nombre Responsable Estatal o Institucional de Calidad que recibe el Informe y solicite que le firme.

