



ANEXO 7a

FICHA INFORMATIVA DE LOS 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 2018

PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)

Subprograma específico: Verificar la existencia de bienes en los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud y Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, obtenido con el Subsidio otorgado por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2017.¹

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 | <input type="checkbox"/> | Proyecto de Gestión |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Proyecto de Investigación |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Proyecto de Capacitación |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Premio Nacional de Calidad en Salud |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Reconocimiento al Mérito de Mejora Continua |

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).

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

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: ___/___/___
día mes año

Iniciado y/o en ejecución

Terminado

Detenido por el motivo de _____ y
 se reiniciará el ___/___/___ Nueva fecha programada de término ___/___/___
día mes año día mes año

Fecha de entrega de la ficha: ___/___/___
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: