



## ANEXO 2

### ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019

#### PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)

**Subprograma específico:** Verificar la existencia de bienes y/o servicios 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 2019.

#### 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

<b>Nombre del establecimiento:</b>	<b>CLUES:</b>
<b>Nombre del Proyecto de Mejora o Reconocimiento que vigila:</b>	
<b>Dirección del establecimiento:</b>	

#### 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: