



ANEXO 4

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019 PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)

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

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social en el SICs: [Grid]

Obra, apoyo o servicio vigilado: [Line] Fecha de llenado del informe: [Grid] DÍA MES AÑO

Periodo que comprende el informe Del [Grid] DÍA [Grid] MES [Grid] AÑO Al [Grid] DÍA [Grid] MES [Grid] AÑO Clave de la entidad federativa: [Line] Clave del municipio o alcaldía: [Line] Clave de la localidad: [Line]

INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL DATOS DEL ESTABLECIMIENTO BENEFICIADO

Estado: [Line] Municipio: [Line] Localidad: [Line] CLUES: [Line] Institución: [Line] Domicilio: [Line] Nombre del Establecimiento: [Line] El Comité lo integran: Número total de hombres: [Line] Número total de mujeres: [Line]

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 en Red: [Line] Monto asignado al establecimiento: [Line] Fecha de asignación: [Line] día mes año Monto ejercido por el establecimiento: [Line] Población beneficiada: Hombres: [Line] Mujeres: [Line]

Beneficio: Se refiere a las obras, apoyos o servicios que proporcionan los programas a los beneficiarios. Instrucciones: En cada pregunta marque con una X la opción u opciones que correspondan a su opinión

1. ¿Los beneficiarios y Usted recibieron información sobre el funcionamiento del Programa y la Contraloría Social?

[1] No [2] Sí [3] No sé

2. Para llevar a cabo las acciones de vigilancia ¿Solicitaron a los representantes del programa la información necesaria del Programa y de la Contraloría Social?

[1] Sí y ya nos las proporcionaron [2] Sí y no nos las han proporcionado [3] No la hemos solicitado [4] No sé

3. Señale la opinión que tiene del beneficio que recibió del Programa

3.1 ¿Les entregaron completo el beneficio o terminada la obra? [1] No [2] Sí [3] No sé
3.2 ¿El beneficio se ha entregado de acuerdo a las fechas y lugares programados? [1] No [2] Sí [3] No sé
3.3 ¿Le condicionaron la entrega del beneficio? [1] No [2] Sí [3] No sé
3.4 ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted? [1] No [2] Sí [3] No sé
3.6 ¿El beneficio lo reciben las personas que lo necesitan? [1] No [2] Sí [3] No sé

4. De acuerdo a lo que Usted observó considera que el Programa ¿Fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

[1] No [2] Sí [3] No sé

5. ¿Usted, algún beneficiario(a) o integrante del Comité presentaron una denuncia sobre la operación del Programa?

[1] No (pase a la pregunta 6) [2] Sí [3] No sé (pase a la pregunta 6)

5.1 Señale él o los medios que utilizaron para presentar la denuncia y ante qué instancia

[1] Buzón móvil o fijo [2] Teléfono [3] Correo electrónico [4] Personal responsable de la ejecución del Programa [5] Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECA) [6] Aplicación móvil (Denuncia la Corrupción) [7] Órgano Estatal de Control (Contraloría del Estado) [8] No sé



**ANEXO 4**

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019  
PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)**

5.2 En caso de haber presentado una o más denuncias, escriba en la línea el folio o folios asignados, separados por comas.

Si recibiste una denuncia y no la has presentado, envía adjunto al presente formato toda la información y documentación con la que cuentas. Si recibieron respuesta de la (s) denuncia (s), favor de adjuntarla (s) al presente informe.

6. ¿Existió equidad de género para la integración del Comité?

1 No       2 Sí       3 No aplica       4 No sé

7. ¿Considera que recibieron la información necesaria para realizar sus actividades como Comité de Contraloría Social?

1 No       2 Sí       3 No sé

8. Como Comité de Contraloría Social ¿Qué actividades realizaron?

8.1 Verificamos el cumplimiento de la entrega del beneficio	<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
8.2 Vigilamos el uso correcto de los recursos del Programa: obra, servicio o apoyo	<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
8.3 Informamos a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa	<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
8.4 Verificamos que los beneficios se entregaran a tiempo	<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé

**PREGUNTAS DE LA INSTANCIA NORMATIVA**

9. ¿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 No       2 Sí

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

10. ¿El establecimiento recibió los bienes completos?

1 No       2 Sí

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿El establecimiento recibió los bienes a tiempo (durante el ejercicio fiscal 2019)?

1 No       2 Sí

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1 No       2 Sí

12.1. En caso de responder que 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 MEJORA DE LA CALIDAD**

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

1 No       2 Sí

14. Se encontraban en funcionamiento y/o en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto?

1 No       2 Sí

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1 No       2 Sí

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1 No       2 Sí



**ANEXO 4**

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019  
PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)**

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

1 No

2 Sí

18. ¿Se encontraban en funcionamiento y/o en el área destinada los bienes descritos el Justificante del Uso de los Recursos de la aplicación del reconocimiento económico?

1 No

2 Sí

18.1. En caso de haber respondido NO, especifique ¿Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1 No

2 Sí

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

1 No

2 Sí

20.1 En caso de haber respondido Sí, Escriba de que se trata. En caso de haber contestado No, continúe con la pregunta 28.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. ¿Se resolvió la irregularidad?

1 No

2 Sí

**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 28.**

22. ¿Cuántas quejas recibió? \_\_\_\_\_

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

1 Ejecución del Proyecto

2 Se entregaron incompletos los bienes

3 Otro: \_\_\_\_\_

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

1 No

2 Sí

24.1 En caso de haber contestado Sí, mencione cuáles

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24.2 En caso de haber contestado NO ¿Cuál fue el motivo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1 No

2 Sí

25.1 En caso de haber respondido Sí, mencione de cuántas \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. ¿Qué resultados obtuvo?

1 Se resolvió la queja

2 No

3 Otro

27. ¿Envío copia de las quejas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) para su seguimiento?

1 No

2 Sí

**NOTA: Si no hubo quejas, continúe aquí.**

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

1 No

2 Sí

28.1 ¿Por qué medio?



**ANEXO 4**

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019  
PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)**

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

1 No

2 Sí

29.1 En caso de haber contestado Sí, describa la irregularidad.

---

---

30. ¿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

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

1 No

2 Sí

32. Observaciones o comentarios adicionales:

---

---

---

---

---

**Firmas**

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:** Avenida Marina Nacional No. 60, Piso 9, Col Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Ciudad de México CP. 11410, escribe al correo electrónico [ciudadanadgces@salud.gob.mx](mailto:ciudadanadgces@salud.gob.mx), o comunícate vía telefónica al teléfono: 20003400.