



## ANEXO 4

### CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2019 INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019

**Objetivo:** El Informe del Comité 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 2019.

**FAVOR DE LLENAR A MANO Y CON LETRA DE MOLDE**

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE LLENADA POR EL PROGRAMA:**

La Instancia Ejecutora es la responsable de llenar este apartado.

|  |   |
|--|---|
| Clave de registro del Comité de Contraloría Social en el SICS: | 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. |
| Obra, apoyo o servicio vigilado:                               | 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 que comprende el informe:                              | Identifique la fecha en el apartado "Periodo de la ejecución" 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 de la entidad federativa:                                | Escriba la clave de la Entidad Federativa, disponible en el INEGI   |
| Clave del Municipio o Alcaldía                                 | Escriba la clave del Municipio o Alcaldía, disponible en el INEGI   |
| Clave de la Localidad  | Escriba la clave de la Localidad, disponible en el INEGI  |

**INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL  
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 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) y escríbala. <b>En el caso de los Proyectos de Capacitación, no llenar este apartado.</b> |
| Institución:  | Escriba el nombre de la institución a la que corresponde el establecimiento ganador del Proyecto de Mejora o del Premio (SSA, IMSS, ISSSTE, etc.)   |
| 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, etc).  |
| Nombre del establecimiento:   | Escriba el nombre completo del establecimiento.   |
| Fecha de llenado del Informe:   | Escriba la fecha en la que aplica el Informe.   |
| El Comité lo integran:  | Escriba el número de hombres y mujeres que integran el comité en el cuadro según corresponda.   |
| Para este apartado, el Comité de Contraloría Social, utilizará la información de la Ficha Informativa de los 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 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. |
| 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. |
| <b>No.</b>  | <b>Pregunta</b>  | <b>Instrucciones:</b>  |
| 1.  | ¿Los beneficiarios y Usted recibieron información sobre el funcionamiento del Programa y la Contraloría Social?  | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 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? | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 3.  | Señale la opinión que tiene del beneficio que recibió del Programa   | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 4.  | De acuerdo a lo que Usted observó considera que el Programa ¿Fue o es utilizado con fines políticos,   | Marcar con una "X", la opción que elija.   |



|   |  |  |
|---|--|--|
|   | electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?   |  |
| 5.  | ¿Usted, algún beneficiario(a) o integrante del Comité presentaron una denuncia sobre la operación del Programa?  | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 5.1   | Señale él o los medios que utilizaron para presentar la denuncia y ante qué instancia  | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 5.2   | En caso de haber presentado una o más denuncias, escriba en la línea el folio o folios asignados, separados por comas.   | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 6.  | ¿Existió equidad de género para la integración del Comité?   | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 7.  | ¿Considera que recibieron la información necesaria para realizar sus actividades como Comité de Contraloría Social?  | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 8.  | Como Comité de Contraloría Social ¿Qué actividades realizaron?<br>Marcar con una "X", la opción que elija.   |  |
| 8.1   | Verificamos el cumplimiento de la entrega del beneficio  | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 8.2   | Vigilamos el uso correcto de los recursos del Programa: obra, servicio o apoyo   | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 8.3   | Informamos a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa   | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 8.4   | Verificamos que los beneficios se entregaran a tiempo  | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| <b>PREGUNTAS DE LA INSTANCIA NORMATIVA</b>  |  |  |
| 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? | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| <b>NOTA: Si no le entregaron los bienes y/o servicios NO continúe con el llenado del informe.</b> |  |  |
| 10.   | ¿El establecimiento recibió los bienes completos?  | Marcar con una "X", la opción que elija. |
| 10.1  | En caso de responder que NO,   | Describa por qué no se recibieron los    |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | especifique ¿Por qué?  | bienes completos   |
| 11.  | ¿El establecimiento recibió los bienes a tiempo (durante el ejercicio fiscal 2019)?  | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 11.1   | En caso de responder que NO, especifique ¿Por qué?   | Describa por qué no se recibieron los bienes a tiempo  |
| 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? | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 12.1   | En caso de responder que NO, Indique la causa o motivo.  | Describa por qué no se recibieron los bienes a tiempo  |
| <b>SOLO PARA PROYETOS DE MEJORA DE LA CALIDAD</b>  |  |  |
| <b>NOTA:</b> Solicite al Responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentos de los bienes adquiridos por el Proyecto.   |  |  |
| 13.  | ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Proyecto?   | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 14.  | ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto?  | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 14.1   | En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?  | Describa el por qué No se encontraban en funcionamiento y/o en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto |
| 15.  | ¿El establecimiento realizó el Proyecto por el cual recibió los bienes?  | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 15.1   | En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?  | Describa el por qué No el establecimiento realizó el Proyecto por el cual recibió los bienes.                        |
| 16.  | ¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?  | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| <b>SOLO PARA PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD O RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA</b>   |  |  |
| <b>NOTA:</b> Solicite al responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentadas de los bienes adquiridos con el apoyo proporcionado por el Premio Nacional de Calidad en Salud. |  |  |
| 17.  | ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Justificante de   | Marcar con una "X", la opción que elija.   |



|   |  |   |
|---|--|---|
|   | la aplicación del reconocimiento económico?  |   |
| 18.   | ¿Se encontraban en funcionamiento y/o en el área destinada los bienes descritos el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico? | Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 18.1  | En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?  | Describa el por qué No se encontraban en funcionamiento y/o en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto                  |
| 19  | ¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?  | Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 20.   | ¿Hubo alguna irregularidad durante la entrega de los bienes y/o servicios?   | Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 20.1  | En caso de haber respondido Sí, Escriba de que se trata. En caso de haber contestado No, continúe con la pregunta 28.                          | Describa la irregularidad encontrada durante la entrega de bienes y/o servicios.  |
| 21.   | ¿Se resolvió la irregularidad?   | Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| <p><b>IV. SEGUIMIENTO A QUEJAS</b><br/> <b>NOTA:</b> 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, <b>de lo contrario, continúe con la pregunta 36.</b></p> |  |   |
| 22.   | ¿Cuántas quejas recibió?   | Anote el número de quejas que recibió.  |
| 23.   | ¿Con qué se relacionan las quejas entregadas por el personal del establecimiento?  | Marcar con una "X", la opción que elija. Puede marcar una o más opciones. En caso de contestar "otro" especificar cuál fue el motivo. |
| 24.   | ¿Le presentaron pruebas o documentos que apoyen la queja del personal del establecimiento respecto al Proyecto o Premio?                       | Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 21.1  | En caso de haber contestado Sí, mencione cuáles  | Describa las pruebas o documentos que apoyen la queja del personal del establecimiento respecto al Proyecto o Premio.                 |
| 24.2  | En caso de haber contestado NO ¿Cuál fue el motivo?  | Describa el motivo del por qué no le presentaron pruebas o documentos que apoyen la queja respecto al Proyecto de Mejora o Premio.    |
| 25.   | ¿Realizó el seguimiento de las quejas que recibió del personal del establecimiento al Proyecto de Mejora o                                     | Marcar con una "X", la opción que elija.  |



|   |   |  |
|---|---|--|
|   | Premio?   |  |
| 25.1  | En caso de haber respondido Sí, mencione de cuántas   | Indique el total de quejas a las que se le dio seguimiento.  |
| 25.2  | En caso de haber contestado NO, ¿Por qué?   | Indique el motivo del por qué no se realizó seguimiento a las quejas recibidas.  |
| 26.   | ¿Qué resultados obtuvo?   | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| 27.   | ¿Envió copia de las quejas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para su seguimiento?                      | Marcar con una "X", la opción que elija.   |
| <b>NOTA: Sí no hubo quejas, continúe aquí.</b>  |   |  |
| 28  | ¿Informó a los usuarios y al personal del establecimiento sobre los resultados de las actividades de Contraloría Social que obtuvo? | Marque con Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 28.1  | ¿Por qué medio?   | Describe por qué medio informo a los usuarios y al personal del establecimiento sobre los resultados de las actividades de Contraloría Social. |
| 29.   | ¿Durante la aplicación de la Contraloría, detectó alguna irregularidad referente a la correcta aplicación de los recursos?          | Marque con Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 29.1.   | En caso de haber contestado Sí, describa la irregularidad.  | Describe la irregularidad detectada referente a la correcta aplicación de los recursos.  |
| 30.   | ¿Durante la aplicación de la Contraloría Social, cómo fue la calidad de la atención que le dio el personal del establecimiento?     | Marque con Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 31.   | ¿Algún integrante del personal del establecimiento le negó la información sobre el Proyecto de Mejora o del Premio?                 | Marque con Marcar con una "X", la opción que elija.  |
| 32.   | Observaciones o comentarios adicionales.  | En este espacio deberá anotar las observaciones o sugerencias que se tengan con respecto a los resultados de la Contraloría Social.            |
| Al finalizar la aplicación del Informe, los integrantes del comité y el responsable del establecimiento, firmarán el Informe en el apartado correspondiente. En caso de que durante la aplicación haya asistido algún funcionario del nivel estatal, se le solicitará su firma, de lo contrario, se enviará a la Instancia Ejecutora para su firma. |   |  |