



ANEXO 5

MINUTA DE REUNIÓN 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.

DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN

DEPENDENCIAS (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC)	COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Fecha:	
Estado:	
Municipio:	
Localidad:	
Nombre del establecimiento:	
CLUES:	
Nombre del Comité de Contraloría Social:	
Asunto de la reunión: Marque el cuadro correspondiente al motivo de la reunión	<input type="checkbox"/> Minuta de reunión de convocatoria e instalación del Comité <input type="checkbox"/> Minuta de reunión de capacitación <input type="checkbox"/> Minuta de reunión de aplicación del Informe del Comité de Contraloría Social 2019 (<i>Informe de Entrega de Bienes y/o Servicios</i>) <input type="checkbox"/> Minuta de conclusión de actividades del Comité de Contraloría Social

NOMBRE DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA, PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD O RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA.



OBJETIVO DE LA REUNIÓN

--

ACTIVIDADES REALIZADAS (PROGRAMA DE LA REUNIÓN)

--

RESULTADOS DE LA REUNIÓN

NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

--

NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS BENEFICIARIOS
(Comentarios del responsable o personal del establecimiento)

--

OPINIONES DE LOS BENEFICIARIOS
(Opiniones del responsable o personal del establecimiento)

--



OPINIONES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

DENUNCIAS, QUEJAS Y PETICIONES QUE PRESENTAN LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ. En el caso de que hayan existido quejas sobre la conformación de los comités, la impartición de la capacitación o la entrega de los bienes y/o servicios relacionados 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, otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica llene el siguiente cuadro:

Motivo de la queja:

Tipo de evidencias:

Seguimiento que se le dio a la queja:

Responsable de atender la queja:

¿Cuántas recibió en forma escrita?	Escribir a qué se refieren	
Denuncias		
Quejas		
Peticiones		

PROYECTOS O COMPROMISOS ENTRE EL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO Y EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL EN EL CASO DE QUE NO SE HAYAN CUMPLIDO ALGUNOS ASPECTOS DEL PROYECTO DE MEJORA O PREMIO.

ACUERDO	FECHA	RESPONSABLE



RESULTADOS DE LA REUNIÓN:

OPINIONES ADICIONALES:

ASISTENTES:			
NOMBRE	INSTANCIA/INTEGRANTE/ BENEFICIARIO	CARGO	FIRMA