

ANEXO 2

ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020

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 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 2020.

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

Nombre del establecimiento:	CLUES:
Nombre del Proyecto de Mejora o Reconocimiento que vigila:	
Dirección del establecimiento:	

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, correo electrónico	Firma

Nombre, firma y correo electrónico del responsable del establecimiento:

Nombre, firma y correo electrónico del Responsable Estatal o Institucional de Calidad que recibe la Cédula:

