

## ANEXO 7

# FICHA INFORMATIVA DE LOS PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA O DEL RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA 2020

### 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 en la Atención Médica y del Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2020.

**NOTA:** Esta ficha deberá ser llenada por el Responsable Estatal o Institucional de Calidad/Instancia Ejecutora y entregarla al Comité de Contraloría Social, junto con el proyecto registrado por el cual se obtuvo el apoyo.

Señale el tipo de apoyo por el cual se realizará la Contraloría Social:

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Proyecto de Gestión en Red                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Proyecto de Investigación en Red                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Reconocimiento el Mérito por la Mejora Continua |

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

CLUES (En el caso de establecimientos de Salud): \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento o unidad administrativa: \_\_\_\_\_

Domicilio del establecimiento o unidad administrativa: \_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto o Categoría del Reconocimiento: \_\_\_\_\_

Mencionar las características generales de la distribución del gasto del recurso asignado al proyecto o reconocimiento:



**NOTA:** 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.

Para todas las modalidades, el periodo de ejecución del recurso inicia con la fecha de ministración del mismo a la Instancia Ejecutora y finaliza con la fecha de la última factura de comprobación.

Monto total asignado al Proyecto de Red: \_\_\_\_\_

Monto asignado al establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de asignación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
día mes año

Monto ejercido por el establecimiento: \_\_\_\_\_

Periodo de la ejecución: del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
día mes año día mes año

El proyecto está:

Por iniciarse el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
día mes año

Iniciado y/o en ejecución

Terminado

Detenido por el motivo de \_\_\_\_\_ y  
se reiniciará el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nueva fecha programada de término \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
día mes año día mes año

Nombre, Firma y correo electrónico del Responsable Estatal o Institucional de Calidad:

---

Nombre, firma y correo electrónico del Integrante del Comité de Contraloría Social que recibe la Ficha:

---

