

CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2015

CÉDULA DE VIGILANCIA DE ENTREGA DE BIENES POR PROYECTOS DE GESTIÓN

FAVOR DE LLENAR A MANO

Responsable del llenado: Comité de Contraloría Social. Revisar el instructivo de la Cédula para llenarlo de manera correcta.

El comité escribirá los datos generales después de revisar el Proyecto de Gestión y de verificar la existencia de los bienes descritos en el mismo, responderá la siguiente cédula y las entregará al Responsable de la Unidad junto con la Minuta de Reunión (es).

Datos Generales

Fecha de elaboración

--	--	--

DATOS DE LA UNIDAD BENEFICIADA

Estado: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Nombre de la Unidad de Salud y CLUES: _____

Nombre del Proyecto: _____

MONTO ASIGNADO: _____ FECHA DE ASIGNACIÓN: _____

MONTO EJERCIDO: _____ PERIODO DE EJECUCIÓN: _____

POBLACIÓN BENEFICIADA: HOMBRES _____ MUJERES: _____

DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Número de registro del Comité de Contraloría Social:

Número de personas que integran el Comité de Contraloría Social por género: Hombres Mujeres

Género del integrante líder del Comité de Contraloría Social que llena la Cédula: Hombre Mujer

Domicilio del integrante que llena la Cédula: _____

Teléfono integrante que llena la Cédula: _____

Correo electrónico del integrante que llena la Cédula: _____

1. ¿Se le entregaron a la unidad médica los bienes especificados en el Proyecto de Gestión?

Si No

NOTA: Si no le entregaron los bienes, NO continúe con el llenado de la Cédula. Explique el motivo en el reactivo No. 26.

2. Escriba la fecha en que le entregaron los bienes a la Unidad de Salud:

--	--	--

3. ¿La unidad médica le proporcionó el Proyecto de Gestión por el cuál le proporcionaron los bienes?

Si No **3.1. En caso de haber respondido NO, Indique la causa o motivo.**

4. Una vez que ha solicitado la información relativa al Proyecto de Gestión, marque con una X la información que le proporcionaron.

- Descripción del Proyecto de Gestión
- Objetivo del Proyecto de Gestión
- Descripción de los bienes solicitados
- Monto total del apoyo

Otro: _____

5. ¿La unidad médica recibió los bienes completos?

Si No **5.1 En caso de responder que NO, especifique ¿Por qué?** _____

6. ¿La unidad médica recibió los bienes a tiempo (durante el ejercicio fiscal 2014)?

Si No **6.1 En caso de responder que NO, especifique ¿Por qué?** _____

7. ¿Requiere de más información para realizar una mejor vigilancia de los bienes entregados a la unidad?

No Si **7.1 En caso de haber respondido SI, especifique ¿Qué información requiere?**

8. ¿Solicitó información adicional para realizar sus actividades de contraloría social? En caso de no haber solicitado información, pase a la pregunta 10.

Si No **8.1. En caso de haber respondido SI, especifique ¿A quién?** _____

9. ¿Le entregaron la información?

Si No **9.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?**

NOTA: Solicite al gestor de la unidad las evidencias físicas o documentadas de los bienes adquiridos por el Proyecto de Gestión.

10. ¿Se encontraban en la unidad médica los bienes descritos en el Proyecto de Gestión?

Sí No **10.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?**

11. ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto de Gestión?

Sí No **11.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?**

12. ¿La unidad médica realizó el Proyecto de Gestión por el cual recibió los bienes?

Sí No **12.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?**

13. ¿Hubo mejoras en la Unidad con los bienes recibidos?

Sí **13.1 ¿Cuáles?** _____

No **13.2 ¿Por qué?** _____

14. ¿Hubo alguna irregularidad durante la entrega de los bienes?

No Sí **14.1 En caso de haber respondido SI, Escriba de que se trata**

15. ¿Detectaron que el programa federal fue utilizado con fines distintos a su objetivo?

No Sí **15.1 En caso de haber respondido SI, especificar ¿Cuáles?**

Políticos
 Electorales
 Lucro

16. ¿Recibió usted quejas por parte del personal de la unidad médica respecto a la entrega de los bienes del Proyecto de Gestión? En caso de no haber recibido quejas, pase a la pregunta 26

No Sí **16.1 En caso de haber respondido SI, especificar ¿Cuántas quejas recibió?**

17. ¿Con qué se relacionan las quejas entregadas por el personal de la unidad médica?

- Ejecución del Proyecto
- Se entregaron incompletos los bienes
- Otro, Especifique _____

18. ¿Le presentaron pruebas o documentos que apoyen la queja del personal de unidad médica respecto al Proyecto de Gestión?

- Si **18.1 ¿Cuáles?** _____
- No **18.2. ¿Cuál fue el motivo?** _____

19. ¿Realizó el seguimiento de las quejas que recibió del personal de la unidad respecto al Proyecto de Gestión?

- Si **19. 1 ¿De cuántas?** _____
- No **19.2 ¿Por qué?** _____

20. ¿Qué resultados obtuvo?

- Se resolvió la queja
- No se resolvió la queja
- Otra _____

21. ¿Entregó las quejas al Responsable Estatal de Calidad o al personal de calidad los servicios Estatales de Salud?

- Si **21.1 ¿Cuántas entregó?** _____
- No **21.2 ¿Por qué no las entregó?** _____

22. ¿Le dieron respuesta a las quejas, que presentó el Responsable Estatal de Calidad o al personal de calidad los servicios Estatales de Salud?

- Si No **22.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué no?** _____

23. ¿A qué se refirieron las respuestas?

- Notificación por escrito **23.1 ¿Cuántas?** _____
- Sanción por escrito **23.2 ¿Cuántas?** _____

24. ¿Le dieron números de registro para el seguimiento a las quejas?

- No
- Si **24.1. ¿Qué números le dieron de registro para el seguimiento de las quejas que entregó?**
a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____

25. ¿Envió copia de las quejas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) para su seguimiento?

Si No

25.1. En caso de haber respondido SI, especifique ¿Qué resultados le dieron? _____

26. ¿Informó a los usuarios y al personal de la unidad sobre los resultados de las actividades de Contraloría Social que obtuvo?

Si **26.1. ¿Por qué medio?** _____

No **26.2 ¿Por qué no?** _____

27. ¿Durante la aplicación de la Cédula de Vigilancia, cómo fue la calidad de la atención que le dio el personal de la unidad?

- Buena
 Mala
 Regular

28. ¿Algún integrante del personal de la unidad médica le negó la información sobre el Proyecto de Gestión?

Si **28.1. Escriba el nombre** _____
 No

29. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizó el Comité? Puede elegir una o más opciones.

1	Solicitar información del Proyecto de Gestión	6	Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias sobre el Proyecto de Gestión.
2	Verificar el cumplimiento del Proyecto de Gestión.	7	Contestar Cédula de Vigilancia
3	Vigilar el uso correcto de los recursos	8	Reunirse con personal de salud para la contraloría social.
4	Informar a otros beneficiarios sobre el programa	9	Expresar dudas y propuestas a los responsables del Proyecto de Gestión.
5	Verificar la entrega a tiempo de los bienes	10	Otra:

30. ¿Para qué les sirvió participar en actividades de contraloría social? Puede elegir una o más opciones.

1	Para gestionar o tramitar los bienes del Proyecto de Gestión.	6	Para que se atiendan nuestras quejas relacionadas con el Proyecto de Gestión.
2	Para recibir oportunamente los bienes del Proyecto de Gestión.	7	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los bienes adquiridos a través del financiamiento por Proyectos de Gestión.
3	Para recibir mejor calidad en los servicios de salud.	8	Para lograr que el programa funcione mejor.
4	Para promover y ejercer nuestros derechos como usuarios de los servicios.	9	Otra:
5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios		

31. Observaciones o comentarios adicionales:

Nombre y firma del Responsable o Gestor de Calidad de la unidad

Nombre y firma de los Integrantes del Comité de Contraloría Social

Nombre y Firma del Responsable Estatal que recibe la Cédula