

**MINUTA DE REUNIÓN DE LA VISITA PARA LA APLICACIÓN DE LA CÉDULA DE VIGILANCIA DE ENTREGA DE BIENES POR PROYECTOS DE GESTIÓN, OTORGADOS POR SICALIDAD EN EL EJERCICIO FISCAL 2014**

**CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

<b>Estado</b>	
<b>Municipio</b>	
<b>Localidad</b>	
<b>Nombre de la unidad médica</b>	
<b>CLUES:</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre del Comité de Contraloría Social:</b>	
<b>Asunto de la reunión:</b>	

<b>DESCRIPCIÓN DEL COMPROMISO DE CALIDAD POR PROYECTO DE GESTIÓN.</b>

<b>ACTIVIDADES REALIZADAS DE CONTRALORÍA SOCIAL</b> (En el caso de no haber realizado la actividad, especifique porqué.)	
<b>Programa de la reunión (Asuntos a tratar)</b>	<b>¿Por qué no se realizó?</b>
<input type="checkbox"/> Revisión del Proyecto de Gestión	
<input type="checkbox"/> Aplicación de la Cédula de Vigilancia	
<input type="checkbox"/> Revisión de los bienes adquiridos	
<input type="checkbox"/> Logros del proyecto de mejora	

<b>RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA CÉDULA DE VIGILANCIA</b> (Escriba si el Compromiso de Calidad por Proyecto de Gestión se llevó a cabo y si los bienes descritos en el mismo se encontraban en la unidad médica)

--

<b>COMENTARIOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL</b>
---

--

<b>NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS BENEFICIARIOS (comentarios del gestor de calidad o responsable de la unidad)</b>
--

--

<b>OPINIONES DE LOS BENEFICIARIOS (opiniones del gestor de calidad o responsable de la unidad)</b>
--

--

<b>QUEJAS SOBRE LA ENTREGA DE LOS BIENES.</b> En el caso de que hayan existido quejas sobre la entrega de los bienes, llene el siguiente cuadro:
--

Motivo de la queja:
Tipo de evidencias:
Seguimiento que se le dio a la queja:



**PROYECTOS O COMPROMISOS ENTRE EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA Y EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL EN EL CASO DE QUE NO SE HAYAN CUMPLIDO ALGUNOS ASPECTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN.**

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN:**

--

**OPINIONES ADICIONALES**

--

**ASISTENTES DURANTE LA APLICACIÓN DE LA CÉDULA DE VIGILANCIA**

NOMBRE	INSTANCIA/INTEGRANTE/ BENEFICIARIO	CARGO	FIRMA