



CARTA COMPROMISO

SECCIÓN I. Datos del Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud: _____ CLUES del Establecimiento de Salud: _____ Institución: _____
Entidad federativa: _____ Municipio o Alcaldía: _____ Localidad: _____
Periodo para reportar: ☐ enero-abril ☐ mayo-agosto ☐ septiembre-diciembre Año: _____ Nombre del Responsable del Establecimiento de Salud: _____

COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON LA O EL AVAL CIUDADANO

Área o aspecto de trato digno con oportunidad de mejora detectada por la o el Aval ciudadano (ver sección IV del Formato de Monitoreo Ciudadano)	Compromisos de mejora que adopta el Establecimiento de Salud. ¿Qué se va a hacer y cómo se hará?	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para concluir el compromiso	Observaciones

La Carta Compromiso se realiza por duplicado: un original es para la o el Aval Ciudadano y otro para resguardo del Establecimiento de Salud. En _____, el día ____ de _____ de 20____.

La Carta Compromiso al Aval Ciudadano tiene como propósito recuperar la confianza ciudadana al ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por la o el Aval Ciudadano. Permite impulsar la mejora continua de la calidad en los servicios de salud, mediante el análisis de los resultados presentados por la o el Aval Ciudadano, obtenidos de su intervención.

Es una herramienta que cumple dos funciones: externa, como elemento de comunicación y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a las personas usuarias y la o el Aval Ciudadano, e interna mediante la cual el personal de salud representado por la persona responsable asume el encargo de trabajar en equipo para mejorar los servicios.

NOTA: Solamente se puede establecer un compromiso por carta. Se deberán elaborar tantas cartas como compromisos se establezcan durante el cuatrimestre.

SECCIÓN II. FIRMAS

Persona responsable del Establecimiento de Salud

Aval Ciudadano

☐ Individual

☐ Organización

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____