



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SECTORIAL Y
COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA
DIRECCIÓN GENERAL CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE MEJORA DE PROCESOS

CARTA COMPROMISO

SECCIÓN I

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA / HOSPITAL

Nombre del Establecimiento para la Atención Médica: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Nombre de la o el Responsable del Establecimiento para la Atención Médica: _____

Periodo a reportar: ☐ Enero - Abril ☐ Mayo - Agosto ☐ Septiembre - Diciembre

COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA 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 para la Atención Médica. ¿Qué se va a hacer y cómo se hará?	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciarel 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 para la Atención Médica. En ____, el día __ de _____ de 20__.

La Carta Compromiso al 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 y los usuarios 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. Favor de realizar tantas cartas como compromisos sean en el cuatrimestre.

SECCIÓN II

FIRMAS

Persona responsable del Establecimiento para la Atención Médica

Aval Ciudadano

Nombre y firma: _____

Nombre y firma: _____

Cargo: _____

Organización o agrupación: _____