



## ANEXO 4

### MINUTA DE REUNIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL 2016 PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)

**Subprograma específico:** Verificar la existencia de bienes asignados a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2015<sup>1</sup>.

#### DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN

DEPENDENCIAS (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF)	COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

<b>Fecha:</b>	
<b>Estado:</b>	
<b>Municipio:</b>	
<b>Localidad:</b>	
<b>Nombre del establecimiento:</b>	
<b>CLUES:</b>	
<b>Nombre del Comité de Contraloría Social:</b>	
<b>Asunto de la reunión:</b> Marque el cuadro correspondiente al motivo de la reunión	<input type="checkbox"/> Minuta de reunión de convocatoria e instalación del Comité <input type="checkbox"/> Minuta de reunión de capacitación <input type="checkbox"/> Minuta de reunión de aplicación de la Contraloría Social (Cédula de Vigilancia) <input type="checkbox"/> Minuta de aplicación del Informe Final de Contraloría Social <input type="checkbox"/> Minuta de conclusión de actividades del Comité de Contraloría Social

#### DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA O PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

--

#### OBJETIVO DE LA REUNIÓN

--

<sup>1</sup> En el caso de los Proyectos de Capacitación, la verificación podrá ser de bienes y/o servicios.



**ACTIVIDADES REALIZADAS (PROGRAMA DE LA REUNIÓN)**

--

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN**

**NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

--

**NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS BENEFICIARIOS** (comentarios del responsable o personal del establecimiento)

--

**OPINIONES DE LOS BENEFICIARIOS** (opiniones del responsable o personal del establecimiento)

--

**OPINIONES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

--

**DENUNCIAS, QUEJAS Y PETICIONES QUE PRESENTAN LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ.**

En el caso de que hayan existido quejas sobre la conformación de los comités, la impartición de la capacitación o la entrega de los bienes y/o servicios relacionados al Proyecto de Mejora o al Premio Nacional de Calidad en Salud, llene el siguiente cuadro:

Motivo de la queja:

Tipo de evidencias:

Seguimiento que se le dio a la queja:

Responsable de atender la queja:

