

FORMATO DE SUPERVISIÓN DE AVAL CIUDADANO EN UNIDADES MÉDICAS

SCC/AC/2010

**DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN**

Estado:  Delegación o Jurisdicción:   
Municipio o Delegación:  Localidad:   
Nombre de la Unidad:   
Periodo(s) que revisa:  
Ene-  Año:  Mar -  Año:  May-  Año:  Jul-  Año:  Sept-  Año:  Nov-  Año:   
Feb  Abr  Jun  Ago  Oct  Dic   
Área: Rural  Urbana  Fecha   
Nombre de la Organización o del Aval Ciudadano a título individual:   
Nombre del Director o Responsable de la Unidad:   
Nombre del Gestor de Calidad:

1. SEGUIMIENTO A LA INSTALACIÓN DEL PROGRAMA	Si	No
1.1. ¿La unidad cuenta con un original del Acta de Instalación del Aval Ciudadano?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.2. ¿El Acta se encuentra actualizada en el formato oficial solicitado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y cuenta con el número de registro asignado por el nivel federal?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3. ¿Cuántas personas conforman al aval ciudadano?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.4. ¿Los integrantes del aval han recibido capacitación en el último año? Evidencia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.5. ¿Los avales cuentan con credencial de identificación (de aval) para presentarse al aplicar las encuestas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.6. ¿La unidad tiene colocado el cartel del Aval Ciudadano a la vista de los usuarios?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. EVIDENCIAS DE TRABAJO DEL AVAL CIUDADANO	Si	No
2.1 ¿Existe evidencia de que la unidad médica reporta al INDICAS?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.2 ¿El gestor de calidad le proporcionó al aval los resultados de Trato Digno del cuatrimestre actual o anterior a la visita al aval ciudadano? (Ver Guía de Cotejo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMATO:	Existe (Si o No)	Está llenado correctamente (Si o No) Observaciones
2.3. Formatos de recolección de datos del cuatrimestre (F1 – TD /2) Formato de Trato Digno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.4. Formato de recolección de datos del cuatrimestre (F2 – TD /2) Concentrado de datos de Trato Digno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.5. Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano, Formato F2 AC / 03	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.6. Carta Compromiso al Ciudadano FCC-AC/05 Fecha:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.7. Porcentaje de avance en el cumplimiento a la Carta Compromiso	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. REVISIÓN DE LA GUÍA DE COTEJO	Si	No
3.1. ¿El tamaño de la muestra aplicada por el Aval Ciudadano es igual o mayor al 30% de la aplicada por la unidad?		
3.2. ¿La unidad está <b>avalada</b> ? (para estar avalada la diferencia de percepción entre el valor obtenido por la unidad y el valor del obtenido por el aval en cada indicador debe ser de 0 al 19%)		
3.3. ¿Existen evidencias de que los resultados fueron difundidos al personal de la unidad y a la población? Evidencias:		
3.4. ¿Los compromisos establecidos en la Carta Compromiso están relacionados con las Sugerencias de Mejora establecidas en el apartado No. 7 de la Guía de Cotejo por el Aval Ciudadano?		

4. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA CARTA COMPROMISO ¿Existen evidencias documentadas de las estrategias de Mejora derivadas del seguimiento a la Carta Compromiso? (Oficios, minutas de reunión, listas de asistencia a sesiones, fotos de antes o después, o cualquier documento que demuestre las acciones de mejora que están realizando y que están asociadas con el trabajo conjunto con el aval). Describa cuáles.
. Verificación del cumplimiento de los compromisos establecidos en la carta compromiso

5. EN CASO DE NO HABER CUMPLIDO LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA CARTA, ¿CUÁLES SON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA UNIDAD PARA SU CUMPLIMIENTO?

6. FORTALEZAS DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN	OPORTUNIDADES DETECTADAS EN AL SUPERVISIÓN
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**7. COMPROMISO ADQUIRIDOS POR LA UNIDAD PARA MEJORAR EL DE AVAL CIUDADANO.**

**8. OBSERVACIONES (Comentarios, Recomendaciones y felicitaciones)**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Director o Responsable de la Unidad

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Gestor de Calidad

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Responsable Estatal de Calidad y/o de  
Aval Ciudadano

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Aval Ciudadano

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Representante a Nivel Federal