

AVAL CIUDADANO
SUPERVISIÓN DE AVAL CIUDADANO EN UNIDADES MÉDICAS
ANEXO 5

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

Entidad Federativa:		Delegación o Jurisdicción:	
Municipio:		Localidad:	
Nombre de la Unidad:			
Fecha de la revisión: DD/MM/AAAA			
Periodo que se revisa:			
Enero – Abril Año	Mayo – Agosto Año	Septiembre – diciembre Año	
Área			
Rural		Urbana	
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?		
1.2.¿El Acta se encuentra actualizada en el formato oficial solicitado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud?		
1.3.¿El Acta cuenta con el número de registro asignado por el nivel federal?		
1.4.¿Cuántas personas conforman el Aval Ciudadano		
1.5.¿Los integrantes del Aval han recibido capacitación en el último año?		
Evidencia CARTA DESCRIPTIVA, CONSTANCIA, FOTOS, LISTA DE ASISTENCIA, OTROS.		
1.6.¿Los avales cuentan con credencial de identificación (de aval) para presentarse al aplicar las encuestas?		
1.7.¿La unidad tiene colocado el cartel del Aval Ciudadano a la vista de los usuarios?		

2. EVIDENCIAS DE TRABAJO DEL AVAL CIUDADANO	SI	NO
2.1.¿Existe evidencia de que la unidad médica reporta el monitoreo Institucional del indicador de trato adecuado y digno		

Secretaría de Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Anexo 5. Supervisión del Aval Ciudadano en Unidades Médicas

Formato	Existe (Si o No)	Está llenado correctamente (SI o NO) Observaciones	
2.2 Encuesta de Satisfacción trato Adecuado y Digno			
2.3 Concentrado de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno			
2.4 Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)			
2.5 Carta Compromiso al Ciudadano Fecha: DD/MM/AAAA			
2.6 Porcentaje de avance en el cumplimiento a la Carta Compromiso	1 - 100%		
3. FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)		SI	NO
3.1 ¿El tamaño de la muestra aplicada por el Aval Ciudadano es la indicada en la Guía Operativa del Aval Ciudadano?			
3.2 ¿La unidad está avalada? (para estar avalada la diferencia de percepción entre el valor obtenido por la unidad y el valor obtenido por el aval en cada indicador debe ser de 0 al 19%)			
3.3 ¿Existe evidencias de que los resultados fueron difundidos al personal de la unidad y a la población? Evidencia: CARTA DESCRIPTIVA, CONSTANCIA, FOTOS, LISTAS DE ASISTENCIA, OTROS.			
3.4 ¿Los compromisos establecidos en la Carta Compromiso están relacionados con las Sugerencias de Mejora establecidas en la Sección VI del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)			
4. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA CARTA COMPROMISO?			
¿Existe evidencia 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 que están realizando y que están asociadas con el trabajo conjunto con el aval). Describa cuales.			
<ul style="list-style-type: none"> • OFICIOS • MINUTAS DE REUNIÓN • LISTAS DE ASISTENCIA • FOTOS • OTROS DOCUMENTOS 			

Secretaría de Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Anexo 5. Supervisión del Aval Ciudadano en Unidades Médicas

5. En caso de no haber cumplido los compromisos establecidos en la carta, ¿cuáles son los compromisos adquiridos por la unidad para su cumplimiento?
<ul style="list-style-type: none"> • DESEMPEÑO • GESTIÓN (MEDICAMENTOS, INFRAESTRUCTURA, ETC.) • SUPERVISIÓN • OTROS

6.FORTALEZAS DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN	7. OPORTUNIDADES DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN
1. COMPROMISO DEL DIRECTIVO	1. ACTITUD
2. DESEMPEÑO	2. ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS
3. OTROS	3. INICIATIVA
4. TRATO DIGNO	4. PROPUESTAS DE MEJORA
5. ORGANIZACIÓN	5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS
6. DISPOSICIÓN/INICIATIVA	6. OTROS

8. OBSERVACIONES (Comentarios, recomendaciones y felicitaciones)

 Nombre y firma del Director o responsable de la Unidad

 Nombre y firma del Gestor de Calidad de la unidad o jurisdiccional (sólo en caso de haber acudido)

 Nombre y firma del Aval Ciudadano

MTRA. MARÍA DOLORES CARRASCO ZAMORA
 *Nombre y firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad y/o de Aval Ciudadano (sólo en caso de haber acudido)

<p>*La supervisión de Aval Ciudadano la puede realizar el responsable Estatal o Institucional de Calidad, el Responsable de Aval Ciudadano, o en su caso, el Gestor jurisdiccional. La firma del responsable Estatal o Institucional de Calidad y/o de Aval Ciudadano, sólo se considera si éste acudió a realizar la supervisión, mismo caso para el Gestor de Calidad Jurisdiccional.</p>
