



**REGISTRO DE CONTRALORÍA SOCIAL**

(ANEXO II)

FECHA DEL REGISTRO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL COMITÉ: \_\_\_\_\_

No. De Afiliación: \_\_\_\_\_

Clave del Registro: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PERIODO Del: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ De: **2016**

NOMBRE DE(L) (LOS) PADRE(S) O TUTOR(ES) DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

DATOS DE(L) (LOS) PADRE(S) O TUTOR(ES) DEL BENEFICIARIO:

Dirección (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Sexo	Edad	Firma o huella digital

NOMBRE DEL PADECIMIENTO: Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA U.M.: \_\_\_\_\_

**FUNCIONES DE LA CONTRALORÍA SOCIAL**

Verificar el buen funcionamiento del Programa Seguro Médico Siglo XXI

Llenar el Informe Final con su opinión al término de la atención médica, tratamiento o pre-alta del beneficiario.

NOMBRE DEL GESTOR DEL SEGURO POPULAR: \_\_\_\_\_



FIRMA \_\_\_\_\_



6.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?

Si  1 No  0

6.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

Si  1 No  0

6.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?

Si  1 No  0

6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?

Si  1 No  0

6.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?

Si  1 No  0

7. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos promotores del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios?

Si  1 No  0

8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

Si  1 No  0

9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente

Nombre, puesto y firma del personal que recibe esta cédula

Nombre y firma del (la) integrante del Comité

Identificación oficial