



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD
Y EDUCACIÓN EN SALUD

CARTA COMPROMISO PARA CUBRIR LOS GASTOS POR CONCEPTO DE VISITA; PROCESO DE CERTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA SUSCRITO.

Lugar _____ y Fecha _____.

El/La que suscribe C. _____
me comprometo a otorgar las siguientes facilidades y recursos a fin de llevar a
cabo la (s) visita(s) de Certificación con la finalidad de dar cumplimiento al
proceso de evaluación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC):

**1.-Cubrir los gastos de transporte (aéreo y/o terrestre), hospedaje individual y
de alimentación del personal designado al proceso de evaluación de su
establecimiento de atención médica.**

2.- Realizar el traslado de los evaluadores durante toda la estancia.

3.-Destinar un área exclusiva y privada dentro del EAM para que el Equipo
Evaluador cuente con lo siguiente:

- ✓ Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
- ✓ Impresora y suficientes hojas tamaño carta.
- ✓ Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
- ✓ Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él).
- ✓ La documentación requerida para la **“Evaluación del Diseño de procesos
y sistemas acorde al Modelo” impresa o en electrónico.** (Si la
documentación se maneja en electrónico, deberá haber un equipo de
cómputo/dispositivo electrónico para **CADA UNO** de los evaluadores.)
- ✓ Los alimentos durante la evaluación deberán proporcionarse en los
horarios establecidos en la Agenda de Evaluación y adicionalmente en los
horarios requeridos por el Evaluador Líder.

4.-Cumplir con lo dispuesto en el formato de solicitud de inscripción.

ATENTAMENTE

**FIRMA LA AUTORIDAD MÁXIMA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE
AUTORIZA SE LLEVE A CABO EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN.**

*Nota: Gastos sujetos a disponibilidad presupuestal, en caso de no poder erogar el recurso necesario, será
modificada o cancelada la visita de evaluación.

