ANEXO 7

FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS 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[1].

Estado: _____ Municipio: _____

Localidad: _____ Institución: _____CLUES: _____

Nombre del establecimiento:
_____

Nombre del Proyecto de Mejora de la Calidad en la Atención Médica o del Premio Nacional de Calidad en Salud:_____

1. Fecha en que el ciudadano presentó la petición, queja o denuncia:_____/_____/_____
día mes año

2. Fecha Recepción: _____/_____/_____
día mes año

3. Medio

	Por procedimiento
	Correspondencia
	Medios electrónicos
	Teléfono
	Personal
	Medios de comunicación
	Buzón

4. Instancia Receptora

	Órgano Interno de Control
	Servicios Estatales de Salud
	Unidad médica

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

5. Motivo de la petición, queja o denuncia:

6. Fecha de los hechos: _____/_____/_____
día mes año

7. ¿De qué institución es el trámite, servicio o personal con quien trató el motivo de la queja o denuncia?_____

8. ¿Le solicitaron dinero o alguna otra dadiva?

Si ☐ No ☐

9. ¿Desea quejarse o denunciar a un servidor público?

Si ☐ No ☐

10. Agregar testigos principales (Nombre completo)

Nombre y firma de quien realiza la queja o denuncia:

_____

Nombre y firma de quien recibe la queja o denuncia:

_____

Nombre, cargo y firma de los integrantes del Comité de Contraloría Social:

_____