ANEXO 6b

FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS DE CONTRALORÍA SOCIAL 2018

PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA (S202)

Subprograma específico: Verificar la existencia de bienes en los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud y Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, obtenido con el Subsidio otorgado por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2018.

Estado: _____ Municipio: _____

Localidad: _____ Institución: _____CLUES: _____

Nombre del establecimiento:
_____

Nombre del Proyectos de Mejora de la Calidad de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua:

_____

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

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:

_____