



ANEXO 6

FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019 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 de la Atención Médica, Premio Nacional de Calidad en Salud o Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2019.

Estado: _____ Municipio: _____

Localidad: _____ Institución: _____ CLUES: _____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre del Proyecto de Mejora de la Calidad en 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

<input type="checkbox"/>	Por procedimiento
<input type="checkbox"/>	Correspondencia
<input type="checkbox"/>	Medios electrónicos
<input type="checkbox"/>	Teléfono
<input type="checkbox"/>	Personal
<input type="checkbox"/>	Medios de comunicación
<input type="checkbox"/>	Buzón



4. Instancia Receptora

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Órgano Interno de Control |
| <input type="checkbox"/> | Servicios Estatales de Salud |
| <input type="checkbox"/> | 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 dadora?

Sí No

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

Sí 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: