



CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Formato de Registro de Capacitación a integrantes de Comités de Contraloría Social y personal de salud para la aplicación de la Contraloría Social 2015

Fecha:

No.	Nombre	Indique si es Integrante del Comité/ personal de la unidad médica o personal jurisdiccional o estatal de los servicios de salud.	Localidad	Correo electrónico o teléfono	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					