

## FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS DE CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2015

**Subprograma específico:** Verificar la existencia de bienes asignados a las unidades ganadoras de Proyectos de Gestión en el ejercicio fiscal 2014 otorgados por SICALIDAD.

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Nombre de la Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

CLUES: \_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto de Gestión : \_\_\_\_\_

Fecha en que el ciudadano presentó la petición

Fecha Recepción

--	--	--

Medio

--	--	--

- Por procedimiento
- Correspondencia
- Medios electrónicos
- Teléfono
- Personal
- Medios de comunicación
- Buzón

Instancia Receptora

- Órgano Interno de Control
- Servicios Estatales de Salud
- Unidad médica

Motivo de la petición o queja

Fecha de los hechos

--	--	--

¿De qué institución es el trámite/ servicio o el personal con quien trató el motivo de la queja o denuncia?

¿Le solicitaron dinero o alguna otra dádiva?

Si  No

¿Está relacionado con un Programa Público Federal?

Si  No

¿Desea quejarse o denunciar a un servidor público?

Si  No

Agregar testigos principales (Nombre completo)


Nombre y firma de quien realiza la queja o denuncia

---

Nombre y firma de quien recibe la queja

---