

**Calendario de Apertura del Buzón SUG II**

Fecha día: \_\_\_\_\_, mes: \_\_\_\_\_, año: \_\_\_\_\_, Entidad Federativa: \_\_\_\_\_, Alcaldía o Municipio: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_, CLUES: \_\_\_\_\_

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Enero																															
Febrero																															
Marzo																															
Abril																															
Mayo																															
Junio																															
Julio																															
Agosto																															
Septiembre																															
Octubre																															
Noviembre																															
Diciembre																															

<b>Observaciones:</b>	

Para participar en el proceso periódico de apertura del Buzón de atención del SUG II, los siguientes responsables firman de conocimiento:

Cargo o puesto	Nombre completo	Firma	Observaciones
Director y/o Responsable del establecimiento de Atención Médica			
Gestor de Calidad			
Aval Ciudadano o Usuario de los Servicios de Salud			