| **No.** | **Es una queja, petición o sugerencias** | **Medio por el cual se recibe**  **(Correo, buzón físico, encuesta en plataforma u otro)** | **No. de Folio asignado**  **(Q/- - -)** | **Datos de contacto** | **Descripción** | **Procede / No procede** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |

**Fecha de actualización:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Representante del Subcomité de Quejas  Med. Cristóbal Arni Ramírez Ocádiz |  | Jefe de Departamento de Calidad  Mtro. Héctor Eduardo Mendoza Espinoza |  | Coordinador del Sistema de Gestión Integrado  Lic. Oswaldo del Villar Furiati |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |