

APERTURA DE BUZONES

Fecha: _____

Total, de Quejas y/o Sugerencias recabadas

Ubicación	Especificar si fue queja, sugerencia, felicitación o Petición	Total
Buzón UD1		
Buzón LT1		
Buzón UD2		
Buzón Centro de Información y Documentación		
Buzón Clínica de Terapia Física		

Número de quejas anónimas: _____

Observaciones:

La apertura se realizó por:

Testigo_____
Coordinación de Gestión de la
Calidad_____
Subdirección de Planeación,
Evaluación y Estadística