

Sistema Unificado de Gestión Atención y orientación al usuario de los Servicios de Salud

Calendario de apertura del Buzón SUG

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Entidad Federativa _____ Ciudad o Municipio _____

Nombre del establecimiento _____ CLUES _____

Año:	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																															
Observaciones:																															

Firman de conocimiento, para participar en el proceso periódico de apertura del Buzón de atención del SUG los siguientes responsables:

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