

Describe su denuncia, queja, sugerencia,  
o el motivo de la felicitación



SECRETARÍA  
DE SALUD  
ESTADO DE ZACATECAS



**DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**FORMATO DE DENUNCIA, SUGERENCIA,  
QUEJA O FELICITACIÓN DEL  
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS**

☐ Denuncia   ☐ Queja   ☐ Sugerencia  
☐ Felicitación

Fecha: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

**Datos del Usuario**

Nombre \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En breve una persona de la Dirección de  
Protección Contra Riesgos Sanitarios se  
comunicará con Usted para el seguimiento  
correspondiente

Si la Denuncia, queja, sugerencia o felicitación  
se refiere a algún trámite, indique el o los  
números de ingreso de sus trámites recibidos,  
y/o nombre del trámite presentado

En su caso, el nombre del personal involucrado

**Número de Entrada**

**Nombre de Trámite**

Teléfono 4929239494 ext. 52573  
www.saludzac.gob.mx

**¡Gracias por ayudarnos a mejorar nuestro servicio!**