**FORMATO DE INCIDENCIAS**

**FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° DEL CONTRATO** |  |  | **CLUE DEL HOSPITAL Y/O UNIDAD MÉDICA** |  |
| **PROVEEDOR** |  |  | **ENTIDAD FEDERATIVA** |  |
| **PARTIDA** |  |  | **DOMICILIO** |  |
| **HOSPITAL** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE SERVICIO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **OBSERVACIONES EN CASO DE QUE NO SE HAYA CUMPLIDO** |
| **TRANSPORTE PERMANENTE** |  |  |  |
| **TRANSPORTE TEMPORAL** |  |  |  |
| **HOSPEDAJE PERMANENTE** |  |  |  |
| **HOSPEDAJE TEMPORAL** |  |  |  |
| **ALIMENTOS** |  |  |  |

**OBSERVACIONES.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En caso de cumplir al 100% el servicio, se deberá poner la siguiente leyenda: “Se acepta el servicio a entera satisfacción, toda vez que se cumplió con el mismo”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELABORA** |  | **VoBo** |  | **CONFORMIDAD** |
|  |  |  |  |  |
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD** |  | **NOMBRE Y CARGO** |  | **NOMBRE Y CARGO** |
|  |  | **COORDINACIÓN ESTATAL** |  | **DE LA UAF** |