



**SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN
COORDINACIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL
COMITÉ NACIONAL DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y CERTIFICACIÓN DEL
PROGRAMA HOSPITAL SEGURO**

Evaluación Interinstitucional

ACUSE DE RECIBO

Hospital _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Por este medio, notifico y firmo la recepción de los tres documentos impresos *in situ* del Sistema de Notificación de Resultados de Evaluaciones:

1. Portada Unidad
2. Ítems amarillos
3. Observaciones

Nombre y firma del Coordinador del Grupo
Evaluador

Nombre y firma del Director del Hospital