

1. FECHA DE INICIO DE REVISIÓN:

2. PERIODO DE REVISIÓN:

ENE ABR JUL OCT
 FEB MAY AGO NOV
 MAR JUN SEP DIC

PERIODO DE EVALUACIÓN: _____

TOTAL DE FOLIOS
DEL PERIODO

FOLIOS
EVALUADOS

DEL _____ / AL _____

3. ¿LAS SOLICITUDES QUE RECIBE TIENEN FOLIO DEL DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN?

SI

NO

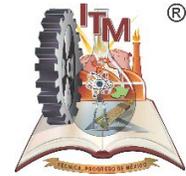
Observaciones: _____

4. ¿TODAS LAS SOLICITUDES CUENTAN CON EVIDENCIA? (En caso de no contar con evidencia continuar con el llenado de la siguiente tabla)

SI

NO

EVALUACIÓN DE EVIDENCIA EN SOLICITUDES		
SERVICIO	Folios	Motivo / Observación
Publicación en redes sociales		
Publicación en página web		
Modificación en página web		
Cobertura de Eventos		
Comunicado de Prensa		
Eventos y Protocolo		
Otros		



7. ACCIONES CORRECTIVAS DEL PERIODO

8.

FOLIO DE LA REVISIÓN: _____

FECHA DE FIN DE LA REVISIÓN:

_____/_____/_____

9. VoBo. NOMBRE Y
FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Importante: Este formato de Revisión de seguimiento a solicitudes solo podrá ser aplicado por el Jefe del Departamento de Comunicación y Difusión.

1	Indicar la fecha en que inicia la revisión.
2	Marcar con una x el periodo al que se le está realizando la evaluación.
3	Marcar con una x SI o NO según sea el caso en las preguntas (3, 4 y 5) y de ser necesario deberá de colocar las observaciones pertinentes.
4	Deberá de registrar los folios según corresponda.
5	Deberá de registrar los folios según corresponda.
6	Descripción detallada de las observaciones presentadas para cada evaluación.
7	Descripción detallada de las acciones correctivas a aplicar después del periodo evaluado.
8	El Departamento de Comunicación y Difusión asignará folio a la evaluación, así mismo deberá de indicar la fecha en que se finaliza la revisión.
9	Nombre y firma el Jefe de Departamento de Comunicación y Difusión que aplica la evaluación.