



**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES**

REPORTE Y SEGUIMIENTO DE INCIDENCIAS



Fecha: \_\_\_\_\_ Afiliación: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Nombre de quien reporta: \_\_\_\_\_

Incidente presentado: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Seguimiento:

---



---



---

Fecha de cierre de reporte: \_\_\_\_\_

Firma paciente: \_\_\_\_\_