



Ministerio
de Salud Pública
Hospital Docente de CALDERÓN

CONSOLIDADO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO

FORMATO

FECHA DE APROBACION: 04/05/2016

VERSIÓN: 001

PAGINA 1 DE 1

CÓDIGO: HGGD-AU-FORM-CRA

DATOS DEL RECLAMANTE

DATOS DE LA QUEJA

TRAMITE N°	FECHA RECEPCION	NOMBRE RECEPTOR:	CARGO DEL RECEPTOR	REALIZA	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TELEF CONV.	CELULAR	CORREO	CALLE PRINCIPAL	CALLE SECUN.	N° DE CASA	BARRIO/ SECTOR	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	PROCESO	NOMBRE DENUNCIADO	CARGO	FECHA INCIDENTE	HORA INCIDENTE	TIPO DE INCIDENTE1	TIPO DE INCIDENTE2	TIPO DE INCIDENTE	ESTADO DEL TRAMITE		
					</																						