

 Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	FORMULARIO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO	FECHA APROBACIÓN: 04/05/2016 VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 1 CÓDIGO: HGDC-AU-FORM-RA
	FORMATO	

TRÁMITE N°	
FECHA DE RECEPCIÓN	
RECEPTADA POR:	
CARGO DEL RECEPTOR:	

DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE	
Reclamo realizada por:	Usuario ☐ Acompañante ☐
Nombres y Apellidos:	
Cédula de Ciudadanía:	
Teléfono Convencional:	Celular:
Correo Electrónico:	
Dirección domicilio:	
Calle principal:	Calle secundaria: N°
Barrio/Sector:	Parroquia
Cantón	Provincia

DATOS DEL RECLAMO	
Proceso/servicio/ lugar donde ocurrió el incidente:	
Nombre de la persona denunciada:	
Cargo:	
Fecha del Incidente:	Hora del Incidente:
Marque con X el incidente ocurrido	
Servicio no prestado ☐	Retraso en la prestación del servicio ☐
Servicio deficiente ☐	Negativa de prestación del servicio ☐
Información Incorrecta ☐	Maltrato por parte del personal ☐
Instalaciones Sucias ☐	Falta de Medicamentos/Dispositivos ☐
Cobro por los servicios ☐	Otros _____
Breve Narración del Incidente:	

Firma del Reclamante

HGDC-AU-FORM-RA
V001

Av. Giovanni Calles y calle Derby
Teléfono: 593-2 3952-700
www.hgdc.gob.ec



RECLAMO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN	
TRAMITE N°	
FECHA DE RECEPCIÓN	
RECEPTADA POR:	
CARGO DEL RECEPTOR:	
FIRMA Y SELLO:	

*Favor acercarse en el plazo de _____ días, para retirar la respuesta a su reclamo.