



Ministerio  
de Salud Pública  
Hospital Docente de CALDERÓN

**FORMULARIO DE RECLAMO  
ADMINISTRATIVO  
FORMATO**

FECHA APROBACIÓN: 08/09/2016  
VERSIÓN: 002  
PÁGINA 1 DE 1  
CÓDIGO: HGDC-AU-FORM-RA

<b>TRÁMITE N°</b>	
<b>FECHA DE RECEPCIÓN</b>	
<b>RECEPTADA POR:</b>	
<b>CARGO DEL RECEPTOR:</b>	

<b>DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE</b>		
Reclamo realizada por:	Usuario <input type="checkbox"/>	Acompañante <input type="checkbox"/>
Nombres y Apellidos:		
Cédula de Ciudadanía:		
Teléfono Convencional:		Celular:
Correo Electrónico:		
<b>Dirección domicilio:</b>		
Calle principal:	Calle secundaria:	N°
Barrio/Sector:	Parroquia	
Cantón	Provincia	

<b>DATOS DEL RECLAMO</b>	
Proceso/servicio/ lugar donde ocurrió el incidente:	
Nombre de la persona denunciada:	
Cargo:	
Fecha del Incidente:	Hora del Incidente:
<b>Marque con X el incidente ocurrido</b>	
Retraso en la prestación del servicio <input type="checkbox"/>	Maltrato por parte del personal <input type="checkbox"/>
Servicio deficiente <input type="checkbox"/>	
Información Incorrecta <input type="checkbox"/>	
Instalaciones Sucias <input type="checkbox"/>	
Otros _____	
Breve Narración del Incidente:	

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

literal\_f3-Formulario\_reclamo\_administrativo  
V002

Av. Giovanni Calles y calle Derby  
Teléfono: 593-2 3952-700  
[www.hgdc.gob.ec](http://www.hgdc.gob.ec)



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

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