

|                                                                                   |                                             |                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FORMULARIO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO</b> | <b>FECHA APROBACIÓN: 08/09/2016</b><br><b>VERSIÓN: 002</b><br><b>PÁGINA 1 DE 1</b><br><b>CÓDIGO: HGDC-AU-FORM-RA</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO</b>                              |                                                                                                                      |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <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 realizado 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><br>Retraso en la prestación del servicio <input type="checkbox"/> Maltrato por parte del personal <input type="checkbox"/><br>Servicio deficiente <input type="checkbox"/><br>Información incorrecta <input type="checkbox"/><br>Instalaciones sucias <input type="checkbox"/><br>Otros _____ |                     |
| Breve narración del incidente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |

\_\_\_\_\_

Firma del Reclamante

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



literal\_f3-Formulario\_reclamo\_administrativo  
V002

|                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------|--|
| <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.