



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

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		
Retraso en la prestación del servicio	☐	Maltrato por parte del personal ☐
Servicio deficiente	☐	
Información Incorrecta	☐	
Instalaciones Sucias	☐	
Otros _____		
Breve Narración del Incidente:		

Firma del Reclamante

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



literal_f3-Formulario_reclamo_administrativo
V002

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.