

<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>	
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

<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.