



FORMATO

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

DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE

Reclamo realizada por:	Usuario <input type="checkbox"/>	Acompañante <input type="checkbox"/>
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 <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

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.