



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:		
<b>Dirección domicilio:</b>		
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:
<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

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

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.