

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

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

DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE	
Reclamo realizado 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.