

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

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

DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE		
Reclamo realizado 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.