



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Portoviejo

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HORA DEL USUARIO

CÓDIGO: MSP-HEP-001
FECHA: 29/07/2025

1.- DATOS PERSONALES DEL USUARIO:

Apellidos y Nombres:	
Cedula de Identidad:	
Dirección:	
Teléfono/Celular:	
Correo Electrónico	

2.- MOTIVO DE LA SOLICITUD:

TIPO DE SOLICITUD	PARAMETROS	DESCRIPCION
La Hora del Usuario:	<i>Tema que le gustaría tratar con las autoridades</i>	
	Tema:	
INDICACIONES:		
<ul style="list-style-type: none">• Hora de inicio: 9:00am 10:15am• Deberá estar 15 minutos previo al inicio de la reunión• Lugar: Sala de Telemedicina del área Administrativa• Traer cedula de identidad		

4.- FIRMAS:	Instrucciones para el llenado
USUARIO	<i>Firma del usuario</i>



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Portoviejo

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HORA DEL USUARIO

CÓDIGO: MSP-HEP-001
FECHA: 29/07/2025

REPRESENTANTE O PERSONA AUTORIZADA		
REQUISITOS	DATOS DEL REPRESENTANTE:	FIRMA DEL REPRESENTANTE:
<ul style="list-style-type: none">• Cedula del titular y representante.• Carta de autorización en caso que corresponda.	<p>Apellidos y Nombres: _____</p> <p>Cedula de Identidad: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono/Celular: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p>	<p><i>Información del representante o persona autorizada en caso de no ser el paciente que realiza el requerimiento.</i></p>

NOTA:

- Este formulario debe ser completado de forma digital y puede ser firmado de manera física (escaneado y adjuntado) o mediante firma electrónica. Una vez firmado, debe enviarse al correo ventanilla.unica@hep.gob.ec. La respuesta será emitida en un plazo máximo de 10 días laborables.
- Las personas autorizadas para realizar la solicitud deben ser familiares directos de primer grado de consanguinidad.

Agradezco por la atención brindada a la presente.