



REPÚBLICA  
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública  
Hospital de Especialidades Portoviejo

## FORMULARIO DE SUGERENCIAS DEL USUARIO

CÓDIGO: MSP-HEP-001  
FECHA: 29/07/2025

### 1.- DATOS PERSONALES DEL USUARIO:

|                      |  |
|----------------------|--|
| Apellidos y Nombres: |  |
| Cédula de Identidad: |  |
| Dirección:           |  |
| Teléfono/Celular:    |  |
| Correo Electrónico   |  |

### 2.- MOTIVO DE LA SOLICITUD:

| TIPO DE SOLICITUD   | DESCRIPCION  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <i>Su opinión es importante para que nuestra institución mejore día a día.<br/>Para que este documento tenga validez es necesario que llene los campos indicados, e indique claramente los hechos suscitados.</i> |  |                               |
| Queja o Reclamo: <input type="checkbox"/>   | Unidad, Servicio y/o Área:<br><hr/>  | Fecha de los Hechos:<br><hr/> |
| Denuncia: <input type="checkbox"/>  | Describa los hechos que motivan su queja, reclamo, denuncia, sugerencia o felicitación:<br><hr/> <hr/> |                               |
| Sugerencia: <input type="checkbox"/>  | <hr/> <hr/>  |                               |
| Denuncia: <input type="checkbox"/>  | <hr/> <hr/>  |                               |

### 4.- FIRMAS:

| USUARIO  |   | Instrucciones para el llenado   |
|--|---|---|
| <hr/> <hr/>  |   | Firma del usuario   |
| REPRESENTANTE O PERSONA AUTORIZADA   |   |   |
| En caso de tratarse de un menor de edad o de un representante autorizado, se deberá adjuntar el escaneo de la cédula de identidad, junto con el documento habilitante que respalde la representación para el trámite solicitado. |   |   |
| REQUISITOS   | DATOS DEL REPRESENTANTE:  | FIRMA DEL REPRESENTANTE:  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Cedula del titular y representante.</li><li>Carta de autorización en caso que corresponda.</li></ul>   | Apellidos y Nombres:<br><hr/><br>Cédula de Identidad:<br><hr/><br>Dirección:<br><hr/><br>Teléfono/Celular:<br><hr/><br>Correo Electrónico:<br><hr/> | <p>Información del representante o persona autorizada en caso de no ser el paciente que realiza el requerimiento.</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](mailto: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.

Dirección: Avenida 15 de abril y calle Uruguay

Código postal: 130101 / Portoviejo-Ecuador

Teléfono: +593-53-703-100

[www.hep.gob.ec](http://www.hep.gob.ec)

EL NUEVO  
**ECUADOR** //