

FORMULARIO DE SUGERENCIAS 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	DESCRIPCION
<i>Su opinión es importante para que nuestra institución mejore día a día. 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: _____ Fecha de los Hechos: _____
Denuncia: <input type="checkbox"/>	<i>Describa los hechos que motivan su queja, reclamo, denuncia, sugerencia o felicitación:</i> _____ _____ _____ _____
Sugerencia: <input type="checkbox"/>	
Denuncia: <input type="checkbox"/>	

4.- FIRMAS:

Instrucciones para el llenado

USUARIO		
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">Cedula del titular y representante.Carta de autorización en caso que corresponda.	Apellidos y Nombres: _____ Cedula de Identidad: _____ Dirección: _____ Teléfono/Celular: _____ Correo Electrónico: _____	Información del representante o persona autorizada en caso de no ser el paciente que realiza el requerimiento.

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.