



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: Elvira Angelica Chica Mora

CC: 1717915050

Domicilio: Glinas del Norte

Municipio: San Juan

Teléfono: 2493 312 Provincia: Pichincha

Celular: 0983138293

E-mail: angelic15@yahoo.com

Nombre y apellidos: Chica Mora Elvira Angelica

CC: 1717 9150 50

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción: El día martes 20 de Octubre, me realice un examen de sobrecarga de glucosa, por mi estado de embarazo sufrí una descompensación severa a tal punto de no lograr sostenerme por mi propia cuenta, sin embargo el personal de Laboratorio y sobre todo la Jefe encargada Dra Frede muy atenta, humana, profesional y gentil me brindó la ayuda inmediata para sobreponerme y me colaboró incluso a redireccionarme con el Dr. Marano quien también recibió la atención necesaria a mi situación de salud del momento

Felicitaciones por su oportuna atención y Bendiciones en su labor diaria.

Angelica Chica M.

FIRMA



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: *Médo Ruiz Rosa María Belusa*

CC: *1700.66296-6*

Domicilio: *Quinta- Luis Banderas N52-61*

Municipio: *Sanito* **Provincia:** *Pichincha*

Teléfono: *2414-900* **Celular:** *0996901102* **E-mail:**

Nombre y apellidos:

CC: **Nº de historia clínica:**

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *Felicitaciones, son muy puntuales y amables*

FIRMA *Rosa M. Belusa de Donoso*

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: *Yinucza Arguello Maria Elena.*

CC: *170537602-6*

Domicilio: *81 Eden*

Municipio:

Provincia: *Pichincha*

Teléfono: *2409112*

Celular: *0995286758*

E-mail: *maria-elena.yinucza@hotmail.com*

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: *Felicitaciones por toda la paciencia a todo el personal de Laboratorio Bendiciones...!!!*

FIRMA

Maria Elena Yinucza

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Edison Francisco Barros Flores

CC: 170316745-7

Domicilio: Carcelén Pasaje E1C N78-50 y Av. Clemente Yeraui

Municipio: QUITO

Provincia: BOLIVIA

Teléfono: 6038769

Celular: 0999946079

E-mail: francmer50@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Edison Francisco Barros Flores

CC: 170316745-7

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA EXAMINACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción: Exámenes de laboratorio incluida Glucosa. Excelente atención.

FIRMA

Nombre y apellidos:

Fecha:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: MANUEL MEJÍAS FORRES

CC: 1709239484-0

Domicilio: COMITÉ DEL PUEBLO #150M2 #6

Municipio: Provincia:

Teléfono: 3450987 Celular: E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

ÁREA DE INTERÉS

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: Un agradecimiento a todo el PERSONAL del Hospital Comité del PUEBLO y especial a la Dra. PATRICIA BARRERA y Doctorita Glória

FIRMA

Manuel Mejías Forres

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Fernando Maldonado Silva*

CC: *1706247580*

Domicilio: *Caraparujo Calle la Unión De 11-340 y Leonidas Plaza*

Municipio:

Provincia: *Pichincha*

Teléfono: *2421987*

Celular: *0997135436*

E-mail: *ferani21@live.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Fernando Maldonado Silva*

CC: *1706247580*

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *Bitop contento con la atención*

FIRMA

Fernando Maldonado

Nombre y apellidos:

Fecha:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Carlos Kleber Aguirre Herrera*

CC: *170288931-0*

Domicilio: *Moises Luna*

Municipio:

Provincia:

Teléfono: *2250677*

Celular: *0984977172*

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Carlos Kleber Aguirre Herrera*

CC: *170288931-0*

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

Buena atención del personal

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Diosca ISABEL VASQUEZ VALLEJO

CC: 1711239739

Domicilio: BAKKER II

Municipio:

Provincia: PICHINCHA

Teléfono: 2810-460

Celular: 0983513-521

E-mail: diosca@vivo.satnet.net

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: DIOSCA VASQUEZ VALLEJO

CC: 171123973-9

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: RAPIDA Y EFICIENTE ATENCION EN LABORATORIO

Diosca de Gacudo

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación
Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Sancho Aguas*

CC: *170958067-2*

Domicilio: *Colinas del Norte*

Municipio: *Quito*

Provincia: *O. Pichincha*

Teléfono: *3382011*

Celular:

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Sancho Aguas*

CC: *170958067-2*

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *Muchas gracias la atención fue excelente por todos las personas del departamento de laboratorio más aún de la doctora Freile.*


FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación
Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Victor Hugo Travez Hidalgo*

CC: *1702956564*

Domicilio: *C. Morano 3-160*

Municipio: *Coloquio*

Provincia: *Pichincha*

Teléfono: *2828514*

Celular: *0987303929*

E-mail: *victor_h_travez_h@bol.com.ec*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Laboreo Invierno*

Asunto y descripción: *Muy Eficiente Gracias*

FIRMA

[Signature]
1702956564

Nombre y apellidos:

Fecha:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Marcia Sanade Bahamonde*

CC: *170266673-4*

Domicilio: *El Condor OE4-145 y Brasil*

Municipio: *San Juan*

Provincia: *Piedra Blanca*

Teléfono: *2449819*

Celular: *0983122106*

E-mail: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Marcia Sanade Bahamonde*

CC: *170266673-4*

Nº de historia clínica: _____

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *Examen de sangre,
con una atención muy cordial y organizada,
y con muchos cuidados*

FIRMA

Marcia Sanade



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Nelly Janeth Sosa Pilatazo

CC: 1710574813

Domicilio: Urb El Porvenir

Municipio:

Provincia: Pichincha

Teléfono: 2290 262

Celular: 0999145784

E-mail: nelsa7108@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Nelly Janeth Sosa Pilatazo

CC: 1710574813

Nº de historia clínica: 2276808

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción:

Tienen buena atención y la instalación buena estructura


FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: RAFAEL ANGEL C. COLUMBUS NADER

CC: 170265970

Domicilio: SHYR'S Y SUCRO 277

Municipio: AUITO

Provincia: Pichincha

Teléfono: 2257958

Celular: 0983515804

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: RAFAEL ANGEL C. COLUMBUS NADER

CC: 170265970

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: ATENCIÓN de PRIMERA HO correspondiente
a ANGINA TORO

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación
Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Segundo Arroya*

CC: *1706587340*

Domicilio: *Cauite de Pueblo*

Municipio: *Quita*

Provincia:

Teléfono: *0979844930* Celular: *0979200285* E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: *fué atendido excelentemente bien en el Servicio de Laboratorio felicitaciones*

FIRMA *Segundo Arroya*

Datos a rellener por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación
 Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Roberto Camporeale

CC:

1710808047

Domicilio:

Careadem

Municipio:

Quito

Provincia:

Pichincha

Teléfono:

0995351710

Celular:

E-mail:

dallexis43@live.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

Roberto Camporeale

CC:

1710808047

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

Exámenes en laboratorio

La atención es buena, porque siempre hay que mejorar, pero para mí fue buena

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación
Nombre y apellidos:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Marcelo Barone Vintimilla*

CC: *170330916-9*

Domicilio: *Julian Arceiza E6-21*

Municipio: *San Juan*

Provincia: *P.R.*

Teléfono: *0998599249*

Celular: *0998599249*

E-mail: *marcelo-barone@hotmail.es*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

Idem

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Lebotomía, Rx, Proyectiva, Neurología*

Asunto y descripción:

Exulente atención

FIRMA

170330916-9

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: Nelson Joaquín Costales Guilachamín

CC: 1713291993

Domicilio: Comité d.l. Pueblo

Municipio:

Provincia: Pichincha

Teléfono: 2428905

Celular: 0990355738

E-mail: njeq_nix2002@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Hilda Beatriz Calvache Mora

CC: 1800255612


Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción:

Buen trato a los pacientes y excelente atención, "Felicito" por los puntos antes mencionado

FIRMA  1713291993

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Balota Abed.*

CC: *03-0099461-0.*

Domicilio: *Brasilia 2 100026.*

Municipio:

Provincia:

Teléfono: *9410925*

Celular: *0999489120*

E-mail: *ccas1964@gmail.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Balota Abed.*

CC: *03-0099461-0.*

Nº de historia clínica: *—*

Felicitaciones

FIRMA

Datos a rellener por el receptor de la reclamación, sugerencia o

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES
Nombre y apellidos: Monica Mera

CC: 1001560497

Domicilio: Ibarra

Municipio: Ibarra

Provincia: Ibarra

Teléfono: 2957832

Celular: 0981845225

E-mail: monica.m.ero.placencia@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE
Nombre y apellidos: Monica Mera

CC: 1001560497

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción:

Se felicita la excelente atención y don de gente de las personas que administran el Centro Asistencial.



FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Paulino Elizabeth Heredia Cartillo*

CC: *1713903696*

Domicilio: *Carcelen*

Municipio: *Quito*

Provincia: *Pichincha*

Teléfono: *0997414565* Celular: *0997414565* E-mail: *hpaulino@ychoo.es*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Paulino Elizabeth Heredia*

CC: *1713903696*

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *Agradecimiento y felicitación al personal de Laboratorio por su gentil y oportuna atención, así como la información clara que brindan al paciente.*

Gracias y que sirva de modelo y ejemplo la atención de este Dispensario, para ser replicada en los otros Centros de Atención del IESS.

Paulino Heredia

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Villafuerte Chauvin Raquel.*

CC: *020084932-1*

Domicilio: *Carcelen.*

Municipio:

Provincia: *Piechico*

Teléfono: *2 480679*

Celular:

E-mail: *raquelullo15@hotmail.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: *si me otendrían en el tiempo que era - y amable el personal*

R. Villafuerte
FIRMA

Datos a rellena por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: MARIA Petrona MONGE Agila

CC:

Domicilio: Los pinos E7-152 Kennedy

Municipio:

Provincia:

Teléfono: 2409667

Celular: 0998641520

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: MARIA Petrona MONGE Agila

CC: 1701951304

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción: La atención en el Hospital
excelente $\frac{10}{10}$ son muy amables en su atención

Maria Monge
FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: ELIZABETH TANDAZO

CC: 1711451151

Domicilio: De los Cafetos 003-165

Municipio: Caguas

Provincia: P.R.

Teléfono: 2531401

Celular: 0987671315

E-mail: elizabeth.tandazo@inec.gov

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Mellany Shucidi Imasunta Tandazo

CC: 172569771-6

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio Clínico

Asunto y descripción:

La atención fue puntual y excelente, el personal es muy amable y las indicaciones son muy precisas y afectuosas. Predomina el respeto en el trato a los pacientes.


FIRMA

Datos a rellenas por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: Johanna Chile Osorio

CC: 714642590

Domicilio: Av. Napo

Municipio:

Provincia: Pichincha

Teléfono: 3140199

Celular: 0984552682

E-mail: johannichilecabrera@hotmail.com

Datos del Paciente
Nombre y apellidos: Johana Chile Osorio

CC: 714642590

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

- Mejorar el sistema de turnos.
- Felicitar al personal de guías muy atento y cordial.


FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: NELSON, ARMANDO NEUN, NEUN.

CC: 27068678-6

Domicilio: CUMANÁ, CAROLINA

Municipio:

Provincia:

Teléfono: 344233

Celular:

E-mail:

Nombre y apellidos: NELSON, ARMANDO, NEUN, NEUN.

CC: 170686.178-6

Nº de historia clínica: LABORATORIO

DATOS DE LA RECLAMACION, SUGERENCIA O FELICITACION

Área o Servicio del CECPP: LABORATORIO

Asunto y descripción: Que: Satisfacción al: Ingresar a este Hospital ya que desde que se ingresó una alegria porque desde el día que se le saluda a la persona con relación al respo. del personal como las stas enfermeras y las doctoras y doctores son muy amables y estar pendiente de las personas que nos encontramos desde que entramos hasta que salimos espero que siempre siga así y no cambien al personal que labora en esta institución ya que es la segunda vez que ingreso a este Hospital eso es todo lo que puedo decir una vez más. MIL FELICITACIONES Y MIL GRACIAS.

Armando Nelson
 FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos:

María Ana de Jesús Díaz Narvaez

CC: 170943032-1

Domicilio: de los Nogales y las Uvas

Municipio: Quito

Provincia: Pichincha

Teléfono: 3261170

Celular: 0993388475 E-mail:

Nombre y apellidos:

María Ana de Jesús Díaz Narvaez

CC: 170943032-1

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACION, SUGERENCIA O FELICITACION

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

La atención tan magnífica que estoy agradecida

FIRMA

Ana M de Casera

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: FABIAN PATRICIO ENDAÑA CUESTA

CC: 170260028-7

Domicilio: AV. LA PRENSA N 42-204

Municipio: QUITO

Provincia: PICHINCHA

Teléfono: 2921968

Celular: 0998813384

E-mail: patendana@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: FABIAN PATRICIO ENDAÑA CUESTA

CC: 170260028-7

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

ATENCIÓN EXCELENTE EN TODAS LAS ÁREAS

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS DEL RECLAMANTE
Nombre y apellidos: Goldy Beatriz Leines Lumipanta

CC: 1710238559

Domicilio: El Inca

Municipio:

Provincia: Pichincha

Teléfono: 3263898

Celular: 0998706797

E-mail: juniorsebas12@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE
Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: La atención en Laboratorio

Asunto y descripción: Muy satisfactoria la atención y el tiempo muy prudente se le felicitó.

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos:

Jesús Lortea Minda

CC:

1705871794

Domicilio:

comité del Pueblo

Municipio:

Provincia:

Pedernales

Teléfono:

9.808.671

Celular:

E-mail:

Nombre y apellidos:

Jesús Lortea

CC:

1705871794

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Laboratorio

Asunto y descripción:

Sda Puerto dice que la atención
es Especial muy Buena

felicitaciones

gracias

FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: CÉSAR OSWALDO SABANDO ORTIZ

CC: 130867101-3

Domicilio: SAN JOSE DE HORCON - LA ESP.

Municipio:

Provincia: P.R. HINICHA

Teléfono:

Celular: 0994369858

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: CÉSAR OSWALDO SABANDO ORTIZ

CC: 130867101-3

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

ESTOY MUY CONTENTO POR LA FORMA A FUI
ATENDIDO

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hoja:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos:

CC:

Domicilio:

Municipio:

Teléfono: 3264347

Provincia:

Celular: 0992577426

E-mail: jaras@odebueyt.com

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

Labatorio
Excelente nota por parte de todos
el personal y Especial de Jo Dextra Herter. Felicite.
Felicitaciones

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia

Nombre y apellidos:

Cargo:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos:

Barros Sánchez Hector

CC:

120466364-3

Domicilio:

San Jose de Horcon

Municipio:

Provincia:

Teléfono:

2199078

Celular:

0997733359

E-mail:

hectorbarros536@yahoo.es

Nombre y apellidos:

Hector Barros

CC:

120466364-3

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACION, SUGERENCIA O FELICITACION

Área o Servicio del CECPP:

Laboratorio

Asunto y descripción:

Seccir nuestra para examen
de laboratorio atencion muy buena.

atencion

FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: SONIA ECHEVERRÍA VALLEJOS

CC: 170058908-1

Domicilio: AVDA DE LOS FRESNOS Y PASAJE GUACAMAYOS

Municipio: QUITO

Provincia: PICHINCHA

Teléfono: 2811366

Celular: 0998116007

E-mail: sonia.04echeverria@

hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: MARIA VALLEJOS GONZALEZ

CC: 170027222-5

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: (9) Presentar mi felicitación al servicio de laboratorio de esta Unidad de Salud por recibir una buena atención y oportuna la recomendación de la Dra Freite al participar de la situación de la paciente Sra Maria Vallejos Gonzalez, mi madre quien despues de analizar el reporte de laboratorio me dió su analisis como profesional y me recomendo al especialista para resolver la situación delicada de mi madre, dejo constancia de su buena voluntad y caracter humanitario por lo que me permito dar las gracias

ECHEVERRIA

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
HOJA DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Irma Catalina Betancourt Herrera

CC: 1411896306

Domicilio: Av. Occidental y Calle N 68 B

Municipio:

Provincia: Duchincha

Teléfono: 2496419

Celular: 0995156687

E-mail: irma.betancourt@inclusion.gob.ec

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Irma Catalina Betancourt Herrera

CC: 1411896306

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del HSFQ:

Asunto y descripción:

Muy buena atención en el laboratorio Clínico.

La Dra Freire tuvo mucha paciencia en explicarme el proceso. Pude realizarme gracias a este Centro un examen muy complejo en el laboratorio Sur y Surta. Felicidades y adelante!!

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos:

Cargo:

Fecha:

Hora:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES
(CLIENTE INTERNO)

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: Silvia Vinuesa

Cargo: Auxiliar Parvularia.

CC: 100144158-1.

Teléfono: _____ Celular: 0983540942 E-mail: Silvia Vinuesa@hotmail.com

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Cojer turno, fui atendida por la Dra. En laboratorio.

Asunto y descripción: Inyectología (hidratado). Signos Vitales. Farmacia.

Yo Silvia Vinuesa paciente de este prestigioso Hospital quiero extender un agradecimiento a quien corresponda por haber sido atendida 100% excelente. Razón por la que digijo este agradecimiento, espero siga así porque somos personas q en verdad necesitamos.

Espero que siga así que no cambia para el bien de todos los que necesitamos de esta atención.

Extos a todo el personal de esta noble Institución.

Gracias.

Silvia Vinuesa

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos: Silvia Vinuesa / Verónica Parminor

Cargo: Auxiliar / Abastera Médica

Fecha: 04/08/2015

Hora: 13h00



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *María Cecilia Alava Zambrano*

CC: *130156172-4*

Domicilio: *César Borja y Alberto Buristein (Carcelén)*

Municipio: *Quito* Provincia: *Quito*

Teléfono: *2484158* Celular: *0998680670* E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *María Cecilia Alava Zambrano*

CC: *130156172-4*

Nº de historia clínica: *1264955*

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

Muchas Felicitaciones. Muy buena la atención. En admisión los empleados muy atentos, igual en laboratorios etc.

Los médicos muy buenos, tienen mucha paciencia, tiempo, comprensión. muy distintos a los del San Francisco. Estoy muy contento y agradecido. Sigam Adelante. Felicitaciones

FIRMA *María Cecilia Alava*

Excelente - Muy Buena
Mi Doctosa es: *Angelina Orrellana*

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos: *Omaro Morales*

Cargo: *Trabajo Social*

Fecha: *22-07-2011* Hora: *10:15*

x Coeff



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Davila Alava Maria Cecilia

CC: 1307028173

Domicilio: Calcelén

Municipio: Quito

Provincia: Pichincha

Teléfono: 0972915942

Celular: 2569172

E-mail: chichidavila@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Maria Cecilia Davila Alava

CC: 1307028173

Nº de historia clínica: 20044995

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Medicina Familiar, Laboratorio, General

Asunto y descripción: Mis felicitaciones por el servicio brindado por el personal de recepción, información y citas, personal de signos vitales y en especial por los médicos, tienen paciencia para atender, calidad de servicio. Se les felicita yo realmente me siento muy contenta con la atención recibida en este Centro Médico, muy diferente al trato y atención que brindan en el Hosp. San Francisco, por eso me cambié acá porque estoy muy contenta y satisfecha con la atención en general.

La atención en todas los centros médicos del IESS debería ser como la que prestan aquí en el C.M.E Comité Pueblo-Ponciano.

Felicidades!!!

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos: Maria Cecilia Davila Alava

Cargo: Funcionaria-Servidora Pública

Fecha: 20/07/2015

Hora: 09:00

UNA EP



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Carmen Leticia Vega Auduade

CC:

1701956649

Domicilio:

Madrid N: 14-55

Municipio:

Provincia:

Pichiche

Teléfono:

324 0063

Celular:

0999 778918

E-mail:

livega001@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

IDEM

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

NEFROLOGIA

Asunto y descripción:

Felicitaciones por la calidad
HUMANA y PROFESIONAL

FIRMA

Leticia Vega A

Nombre y apellidos:

Patricia Mesa P.

Fecha:

22-XI-15

Hora:

13:30



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: ESTEVES ECHANIQUE MÓNICA ROCÍO

CC: 170453597-8

Domicilio: ISLA WOLF N41-135

Municipio:

Provincia: PICHINCHA

Teléfono: 3341453

Celular: 0984 015 475

E-mail: monicaesteves22@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: ESTEVES ECHANIQUE MÓNICA ROCÍO

CC: 170453597-8

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: *Quiero agradecer a la Dra. Bertha Freile por la atención, magnífica, atenta y diligente y al personal de Laboratorio Charles que me han atendido.*

FIRMA

Dra. Bertha Freile

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: EDUARDO HIDALGO CHAMARRO

CC: 1707597165

Domicilio: CLEMENTE YERQUI F121 y DORZOMEDELLA

Municipio:

Provincia:

Teléfono: 3442169

Celular: 099677565

E-mail: aurelius6630@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: LABORATORIO CLÍNICO

Asunto y descripción: LA ATENCIÓN ES FADUOSA MUY EFICIENTE INGRESÉ A LAS 07:00 AM Y LOGÍ EL TURNO N.º 33 A LAS 7:35 ME ATENDIERON POR ESTA RAZÓN FELICITO AL PERSONAL DE ESTA ÁREA. CONTINUEN ASÍ. LOS EVALUAMOS NECESITAMOS ESTE TIPO DE ATENCIÓN.

FELICITACIONES

FIRMA: 1707597165

Nombre y apellidos: Fecha: No:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: JUAN CARLOS RAMBAY SANTOS.

CC: 0801660903

Domicilio: CODESA 1º PARADA

Municipio:

Provincia: ESMERALDAS

Teléfono: 2703179

Celular:

0994758428

E-mail: rambaysantos@yahoo.es

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: JUAN CARLOS RAMBAY SANTOS

CC: 0801660903

Nº de historia clínica:

DATOS DEL SERVIDOR DE LA SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

EXLENTE SERVICIO.

FELICITACIONES.

FIRMA



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Jaime Fabián Chasipanta Martínez

CC: 170665102-1

Domicilio: Eloy Alfaro y Aceituno

Municipio: Quindío

Provincia: Pichincha

Teléfono: 3465234

Celular: 0983946812

E-mail: jaimé-chasipanta@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Jaime Chasipanta

CC: 170665102-1

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP: Laboratorio

Asunto y descripción: El laboratorio es eficiente ayudo cuando se necesita los resultados rápidos

FIRMA



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: ELIANA GONZALEZ

CC: 060330147-4

Domicilio: CARRIZO AITO

Municipio: PICHINCHA

Provincia: QUITO

Teléfono: 344 3302

Celular: 0986293770

E-mail: meliosos10@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: RICARDO TENAN

CC: 175005501-2

Nº de historia clínica: 357

DATOS DE LA SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: LABORATORIO CLINICO

Asunto y descripción: LA ATENCIÓN FUE OPORTUNA, AMABLE Y RAPIDA.
TRABAJAN PARA SERVICIOS MEJORES.
¡GRACIAS!

FIRMA

060330147-4
20-01-2015

Nombre y apellidos



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Calderón Isabel

CC:

170 329 180 -5

Domicilio:

Calle San Felipe 99 Julio

Municipio:

Provincia:

Teléfono:

9501 649

Celular:

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

ÁREA DE SERVICIO DEL CECPP Y FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Laboratorio

Asunto y descripción:

Se atendió al centro del IESS
la atención excelente.

FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Andrea Lambraw*

CC: *1720388659*

Domicilio: *Boasilia 3.*

Municipio: *Guिता*

Provincia: *Pichuela*

Teléfono: *2036230*

Celular: *0983301863*

E-mail: *andy_sana_sana@hotmail.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Laboratori'a*

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: *excelente atención*

FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Rosa Elena Oña Portales*

CC: *171358478-5*

Domicilio: *Carcelén*

Municipio: *Quito*

Provincia: *Zichincha*

Teléfono: *2477132*

Celular: *0985829743*

E-mail: *elenylobito@hotmail.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Oña Portales Rosa Elena*

CC: *171358478-5*

Nº de historia clínica:

DATOS DEL SERVICIO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *La atención del personal que da atención en el laboratorio excelente, pero deben mejorar lo que es de el turno ya que hubo una persona que clavo el turno murmurando tarde*

Firma: *[Signature]*
 171358478-5

Nombre y apellidos:

Fecha:

No:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Jaime Guillel Jiménez

CC:

110126371-9

Domicilio:

Santa Lucía

Municipio:

Provincia:

Pedernera

Teléfono:

2480619

Celular:

099 893804

E-mail:

Jimenez@comunidad.pon.gov.pr

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

Jaime Guillel Jiménez

CC:

110126371-9

Nº de historia clínica:

6819

DATOS DE LA FIRMA (SUGERENCIA O FELICITACIÓN)

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

OKED, operación muy buena
 fuerza muscular perfecta observación.

FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Marco Polo Montenegro CADENO*

CC: *170564521-4*

Domicilio: *CAD RANCHO BORJA EG. 140*

Municipio:

Provincia:

Teléfono: *2401312*

Celular: *0995040306*

E-mail: *montenegro.marcopolo@gmail.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *MONTENEGRO CADENO Marco Polo*

CC: *170564521-9*

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: *QUIERO FELICITAR A SUZ CENTRO DEL COMITE DEL PUEBLO POR SU CALIDAD DE ATENCION Y POR SU PROFESIONALISMO LO QUE HAN DE SATISFACCION A LOS ENFERMOS.*

SIGAN DE ESA FORMA
Ate

Marco Montenegro CADENO
CI 170564521-4

FIRMA



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: NELSON TRAJANO
 ALVAREZ FABARA

CC: 1704404977

Domicilio: EL CARMEN, MANABI

Municipio:

Provincia: MANABI

Teléfono:

Celular: 0979919516 **E-mail:**

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

FELICITACIONES PARA LOS DOCTORES
 * FELIO LOZANO
 * JOSE PAZ.

FIRMA

Nelson Alvarez

*Dofarmp
 Odeolites*



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: *María de Lourdes Villaverde*

CC: *1701732107*

Domicilio: *Av 6 de Diciembre y el Inca*

Municipio: *Quito*

Provincia: *Pedernales*

Teléfono: *2454377*

Celular: *—*

E-mail: *—*

Nombre y apellidos: *Idem*

CC:

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP: *Dr. Lozano Endocrinología*

Asunto y descripción: *Excelente médico, muy buena atención.
Ello Aprecia a los cubanos.*

Alexis de J. Villaverde

FIRMA

*Dr. Pazmi
06/01/2015*



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos:

Freda Mejía Piedra

CC:

1701504399

Domicilio:

Villas de la Pampa

Municipio:

Provincia:

Pichincha

Teléfono:

3490795

Celular:

998254378

E-mail:

Nombre y apellidos:

Freda Mejía Piedra

CC:

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP:

Endocrinología Dr. Lozano

Asunto y descripción:

Recibi muy buena atención

Gracias

Freda Mejía
1701504399

FIRMA

Dofarmino
06/10/2015



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: Liliana Andrea Ramirez Puente

CC: 171075013-2

Domicilio: La Mansera

Municipio:

Provincia: Richuncho

Teléfono: 0983360509

Celular:

E-mail: lramirez@proauto.com.ec

Nombre y apellidos: Liliana Ramirez Puente

CC: 171075013-2

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP: Medicina General

Asunto y descripción: Dra. Jessica Perantez
Felicito la atención de la doctora
es muy cordial y trata bien
a su paciente

FIRMA

06/01/2015



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Nombre y apellidos: NANCY REGALADO

CC: 170265581-0

Domicilio:

Municipio:

Provincia:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción:

FELICITACIONES

FIRMA



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Yvonne Aleira Jarrín Jarrín*

CC: *170358770-7*

Domicilio: *Caracalén*

Municipio:

Provincia: *Pichincha*

Teléfono: *2474358*

Celular: *0989205730*

E-mail: *suquita4@gmail.com*

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC: *170358770-7*

Nº de historia clínica: *3310*

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: *Cardiología, Endocrinología y Laboratorio*

Asunto y descripción:

Felicito la excelente atención

FIRMA *Yvonne Jarrín*

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Sandy Patricia Ramirez Molina

CC: 1712369451

Domicilio: Jox Maria Borrero 712 y Joxi Landa

Municipio: Provincia:

Teléfono: 2402785 Celular: 0995454253 E-mail: sandy.ramirez.m@yaho.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Sandy Patricia Ramirez Molina

CC: 171236945-1 N° de historia clínica:

DATOS DE LA RECEPCIÓN DE RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: La atención recibida me pareció muy
 agil, la gente muy amable por la atención.
 Sigau adelant con el buen servicio.

FIRMA

S.P.M.

Nombre y apellidos:

Fecha: _____ Hora: _____



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: OSCAR EUGENIO SILVA MALDONADO

CC: 0500977749

Domicilio: BARRIO "GIRASOLES DE MONJAS", SIMÓN BOLÍVAR 53640

Municipio: Provincia: PICHINCHA

Teléfono: 02324265 Celular: 0983169239 E-mail: oscar-silvam@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: OSCAR EUGENIO SILVA MALDONADO

CC: 0500977749

Nº de historia clínica:

SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: QUIERO FELICITAR AL CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DE PUEBLO, POR LA CALIDAD Y CALidez DE ATENCIÓN OFERTADA POR EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE LABORATORIO, ME SIENTO MUY SATISFECHO Y A LA VEZ AGRADECIDO POR LA ATENCIÓN PRESTADA POR TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO, EN ESPECIAL LA DRA. GERTS TREIRE.

FIRMA

Nombre y apellidos



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Buitra Roal de*
CC: *1703271112*
Domicilio: *Quito Sur*
Municipio: _____ Provincia: *P. Chimborazo*
Teléfono: *3021907* Celular: _____ E-mail: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: _____
CC: _____ N° de historia clínica: _____

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: _____
Asunto y descripción: *Excelente Felicitaciones
todo el personal muy capacitado*

FIRMA

Buitra Roal de

Nombre y apellidos: _____ Fecha: _____ Hora: _____



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: LIDIA GUASGUA AMAGUANA

CC: 1712139789

Domicilio: LA ROBOLOS

Municipio: QUITO

Provincia: PICHINCHA

Teléfono: 3396078

Celular: 0997397556

E-mail: lidia.amaguana@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DEL RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: LABORATORIO

Asunto y descripción:

EXAMEN DE CREATININA
 FELICITACIONES

FIRMA

Nombre y apellidos: _____
 Fecha: _____



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
Centro de Especialidades Cumbá del Pueblo
Laboratorio Clínico

GENTRO DE ESPECIALIDADES COMITE DEL PUEBLO - PONCEANO

FORMULARIO DE RECEPCION DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: *Nancy Jacqueline Quate Rivedencia*

CC: *170756700-2* *Carpungo F. 7. casa # 29*

Domicilio: *Señoritas Plaza y Fco. Robles*

Municipio: _____ Provincia: _____

Teléfono: *2423-833* Celular: *0983107070* E-mail: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: *Nancy Jacqueline Quate Rivedencia*

CC: *170756700-2* N° de historia clínica: *1258*

DATOS DE LA RECLAMACION, SUGERENCIA O FELICITACION

Área o Servicio del CECPP: *Laboratorio*

Asunto y descripción: *Con gusto y Felicito al personal en Especial al cuidado que nos poseen... es decir nos contulan al momento que estamos a punto de salir la doctorita nos rebisa si ya podemos salir y le cuento que yo estube pronto cuando no hera el momento a una señora le solia la sangre como agua y ella la Petra nos hace regresar. hasta que estamos en condiciones está No acen en otra parte pero ella si lo Felicito ad esos. nos tiene paciencia todo esperar pero es por nuestro bien muchos gracias*

FIRMA *Nancy Quate*

Nombre y apellidos: _____

Pág. 3 de 3



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO – PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Valles Muñoz Ximena de Lourdes.

CC: 1706842943

Domicilio: Comité del Pueblo.

Municipio:

Provincia:

Teléfono: 6

Celular: 0983301830 E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

CC:

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP:

Asunto y descripción: Cita en Ginecología Dr. Diego
Garcés, no atiende a la paciente por llegar. Si fuese.

FIRMA

Nombre y apellidos:



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Carrera Guachamin Fanny Elena

CC: 172039641

Domicilio: Aupí 027-346

Municipio:

Provincia: Pichincha

Teléfono: 2823-260

Celular: 0999952048

E-mail: elenacarrera55@yaho.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Fanny Elena Carrera Guachamin

CC: 172039641

Nº de historia clínica:

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Fisiatria y Medicina Externa

Asunto y descripción: Solicito que los médicos extranjeros den mayor confianza y mejoren su trabajo, ya que a veces no se los entiende lo que dicen.

También en fisiatria no hubo ningun chequeo físico y si lo me envia a la rehabilitación para el mes de enero del 2016 por lo que considero que nos ayuda, ya que se acede porque se tiene dolor.

Los servicios de rayos x falta personal ya que los exámenes que manda hacer se demora mucho.

Ejemplo se toma encuesta mi recomendación anticipo mis agradecimientos

FIRMA

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos: Fanny Elena Carrera Guachamin

Cargo: Paciente -

Fecha: 11/01/2015

Hora: 9:42 am



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Laura Cristina Redín Quito
 CC: 172107607-1
 Domicilio: Calderrón, Calle San Marcos y Santa Mónica 008-124
 Municipio: _____ Provincia: _____
 Teléfono: 2825-888 Celular: 0984900262 E-mail: crisredin@chdm.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Laura Cristina Redín Quito
 CC: 172107607-1 N° de historia clínica: _____

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: _____

Asunto y descripción:
Da mucha pena y decepción porque al decir que la salud es de todos, cuando NO es así.
El día de hoy Martes 29 Diciembre al ser atendida por el Dr. Wilson Basantes realmente dejó mucho que decir. No tuve un chequeo como debía de ser, no se tomaron signos vitales como la presión, o latidos del corazón o temperatura, cosa que desde un principio dejó mucho que decir. Luego con recetar ibuprofeno creí que eso calma todo.
Que decepción y Pena de esto.
Nunca más quisiera ser atendida por este médico.

FORMA: [Firma] 172107607-1
 CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
 DIRECCIÓN MEDICA
 NOMBRE: Dr. Wilson Basantes
 FECHA: Possible no contactada

RECEBIDO POR EL RECEPTOR DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN



CENTRO DE ESPECIALIDADES COMITÉ DEL PUEBLO - PONCEANO
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Bassantes Espinel Martha Cecilia

CC: 0501972202

Domicilio: Av. Oriente 4-157

Municipio: Latacunga

Provincia: Cotopaxi

Teléfono: 032810 470

Celular: 0999933405

E-mail: ceciba_es@hotmail.com

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Cecilia Bassantes Espinel

CC: 0501972202

Nº de historia clínica: 32164

DATOS DE LA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

Área o Servicio del CECPP: Endocrinología.

Asunto y descripción: He venido al Centro de Especialidades, toda vez q' el Dr. Jimmy Herrera - Ginecólogo del Hospital San Francisco me ha dicho que no se visualiza en mi historia clínica la valoración del endocrinólogo (Dr. Lozano) que me la hizo con fecha 20 de Noviembre. No sé cuál sea el problema interno entre el sistema del hospital y del centro de especialidades, pero debería visualizarse en mi historial, a fin de no andar de lado a lado para subsanar un tema interno del IESS, a la final son una sola institución. Los pacientes no entendemos esta diferencia de sistemas que se manejan entre una y otra entidad y esto dice mucho de la imagen de la institución, porque quienes pagamos las consecuencias somos los pacientes.

FIRMA

Martha Bassantes

Datos a rellenar por el receptor de la reclamación, sugerencia o felicitación

Nombre y apellidos: Patricia Moya E.

Asistente Social - Clínica

Fecha: 10 XII 15 Hora: