

**CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C**  
**R.U.C 20517738701**

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004803**

FECHA: **30 / 6 / 2022**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

**Rocio Aliaga Hinostroza**

E-MAIL:

**chio=0706@hotmail!**

DOMICILIO:

**Jr Cajatambo 335 - Rimac**

TELEFONO:

**992389925**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC

Nº DOCUMENTO:

**06809672**

**2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)**

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC

Nº DOCUMENTO:

**3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)**

**Señor Director la Clínica Jesús del Norte me es grato dirigirme a usted que habiendo sufrido un accidente vehicular de fecha 14 ho tuve atención en emergencia, siendo vista por dos médicos ese día con dos médicos particularmente por mi seguro, aparte necesito terapias de reha-**

**4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)**

SI ☒ NO ( )

**5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)**

**hiz Astete Flores 2:49 pm**

**Rocio Aliaga**

**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD



HOLA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD

Nº 004803

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C.  
R.U.C. 2021738701

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

30.1.2022

IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Rocio Aliaga Huamán

DOMICILIO:

U. Castaneda 332 - Lima

TELÉFONO:

993389922

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (X) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC

Nº DOCUMENTO: 06809875

IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario en llenarlo)

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD ( ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC

Nº DOCUMENTO:

bilitación ya que no me dan ni una salida el  
area (administrativa) de ejecutiva de atención  
al afiliado con su nombre Elizabeth Covos Yu-  
panqui dandome los motivos y a la vez no dan-  
dome soluciones, derivandome a otra area del  
5to piso ya habiendo dejado un reclamo virtual,  
aparte que por segunda vez ese mismo día  
hable con la encargada jefa de area de emer-  
gencia hablando con la Sra. Jenny Cordero  
dandome respuesta y no salidas a mi petición.  
Le hago saber Señor Director, Emma Castañeda  
Sánchez que me den una solución a mi proble-  
ma cuanto antes para reanudar mi terapias  
yo estando mal hasta ahorita y queriendome  
cobrar una suma irrisoria, esperando a usted  
me den una solución sino procedere en dife-  
rentes entidades, recibiendo atropello a mi  
persona. Atte

Rocio Aliaga H.