

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004796**

FECHA: **24 / 06 / 22**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Josue Trejo JARA** E-MAIL: **jty-18@hotmail.com**  
DOMICILIO: **Jr Alfonso Bernal 1028. SMP** TELEFONO: **986-257255**  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ☒ ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **08545518.**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Lidy Vilma Ponte Alonso** E-MAIL: **jty-18@hotmail.com**  
DOMICILIO: **Jr. Alfonso Bernal 1028 SMP** TELEFONO: **986-257255**  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ☒ ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **08450135**

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

**SOLICITO LA DEVOLUCION DE UN DIA DE hospitalizacion por MALAS GESTIONES en la PARTE ADMINISTRATIVA de la Clínica Jesús del Norte. En fecha 23 del 06-22 Tenia programada la operacion a mi sra esposa PONTE ALONSO, pero por motivos de la no respuesta de parte de auditoria de la Clínica en DAR LA CARTA DE GARANTIA por mi ingreso, se tuvo que estar dilatando el tiempo constantemente. Primero me informan que.**

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

SI ( ) NO ( )

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

**Lidy Ponte Alonso**  
**23/06/22**

**[Firma manuscrita]**

**[Espacio para firma]**

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

**DETALLE DE LA SOLUCION**

**RECLAMANTE**

**RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD**



Espero sepa comprender y se lo agradezco mucho.