

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004779

FECHA: **13 / 06 / 2022**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Jhonny M. DAVIDA CARRANZA** E-MAIL: **jmdc28@outlook.com**
DOMICILIO: **LOS CEREZOS 251, LOS OLIVOS** TELEFONO: **943152834**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **43125796**

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 N° DOCUMENTO:

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


CON EL PRESENTE AMPLIO MI RECLAMO 004768, DE FECHA 06-06-22
DEBIDO A QUE ME SIGUEN CARRANDO INDEBIDAMENTE CONSULTAS
HABIENDO SUFRIDO UN ACCIDENTE. TAMBIEN HAGO LA CORRECCION
QUE OBEA EN EL PRIMER RECLAMO, SOBRE LA FECHA EN QUE
ME ATENDI POR PRIMERA VEZ EL 23-05-2022.

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

SI ☒ NO ()

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

Gabriela
13-06-22
10:18am



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 004780

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C.
R.U.C. 2051738701

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

131 06 15055

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Clínica Jesús del Norte S.A.C.
DOMICILIO: Av. Carlos Izaguirre 153, Los Olivos
TELÉFONO: 943152834
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC
Nº DOCUMENTO: 2051738701

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____
DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC
Nº DOCUMENTO: _____

FINAL MENTE SOLICITO LA DEVOLUCIÓN DEL MONTO TOTAL DE
S/385.00 (UNA RESONANCIA MAGNETICA Y CINCO CONSULTAS AMBULATORIAS).
PRESENTO MI QUEJA POR EL INFORME DE MI RESONANCIA MAGNETICA,
LA MISMA QUE SEÑALA QUE SE ME PRACTICO EN LA FECHA 06-06-2022,
SIENDO LA FECHA CORRECTA 02-06-2022, ESTO DEMUESTRA EL PÉSIMO
SERVICIO BRINDADO.



10:19am
13-06-22
COPIA

SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCIÓN