

VALORACION 25-EXPEDIENTE No.

AVISO:				ASEGURADORA:			
CASO:				ASESOR(A):			
PLACA:				COBERTURA:			
FECHA DE INGRESO:				FECHA DE ACCIDENTE:			
Cliente:				Cédula:			
				_			
RESPONSABLE:				CORREO ELECTRONICO:			
CEL:				TEL:			
DIRECCION:				ENVIO DE COTIZACION:			
				HORA:			
				ı			
MARCA: MODELO:			MODELO:		AÑO:	COLOR:	
			QU	EDA REPARA	ANDO		
SCAN	N REPORT		REPORTE	E		OA	