



DIRECCION DE ADMINISTRACION DE INMUEBLES  
SUBDIRECCION DE MANTENIMIENTO A SUCURSALES



A&amp;R construcciones

CONSERVACION <u>Arroz</u>	CENTRO RESPONSABLE <u>1060</u>	FECHA <u>18-09-2017</u>
------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

PERSONA QUE REPORTA:	REPORTE N° <u>40470848</u>
DOMICILIO: <u>Av. Arroz # 681</u>	TELEFONO:
PERSONA QUE RECIBE REPORTE: <u>Adriana Sierra</u>	HORA DE ORIGEN:
FECHA DE ORIGEN:	HORA DE LLEGADA: <u>15:30</u>
	HORA DE SALIDA: <u>16:45</u>

TIPO DE SERVICIO	
INMUEBLE	MOBILIARIO
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

PROBLEMA REPORTADO Y COMENTARIOS
<u>Colocación de formica en Muebles de ejecutivo</u>

MATERIAL EMPLEADO EN LA REPARACION		
CANTIDAD	UNIDAD	CONCEPTO

<b>RESPONSABLE DE LA EMPRESA</b> Nombre: <u>Andrés Silva Velaz</u> Firma: <u>[Firma]</u>	<b>COORDINADOR INMUEBLES BANCOMER</b> _____
--	--

EXCLUSIVO PARA SER LLENADO POR EL USUARIO				
Nombre: <u>Andrés Silva Velaz</u> Firma: <u>[Firma]</u> RECIBIMOS PARA EL PAGO DE ESTE DOCUMENTO DE ACUERDO CON EL ARTICULO 39 Sello: <u>[Sello]</u>	1.- La Rapidez con la que se atendió su solicitud por la Mesa de Control de Reportes fue: 2.- La Disponibilidad mostrada por el personal técnico fue: 3.- La Atención y Actitud de Servicio recibida por el personal técnico fue: 4.- La Solución a su Problema fue: 5.- ¿Cómo considera la Capacidad técnica del personal?	Excelente Bueno Regular Malo	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES Y QUEJAS:				

## Formato de validación, trabajos menores

CR: 1060Sucursal: SoconuscoFecha: 18/09/2017

Monto final (sin IVA): \_\_\_\_\_

No. Ticket / ODC \_\_\_\_\_

## Acciones realizadas

Descripción breve: Cobertura de formaco en Mampora

Marcar con "x" donde corresponda

Sistema Eléctrico	<input type="checkbox"/>	Elevadores y Escaleras	<input type="checkbox"/>	Cerrajería y Cancelería	<input type="checkbox"/>
Sistema Hidrosanitario	<input type="checkbox"/>	Mobiliario	<input type="checkbox"/>	Limpieza	<input type="checkbox"/>
Aire Acondicionado	<input type="checkbox"/>	Acabados y Albañilerías	<input type="checkbox"/>	Impermeabilización	<input type="checkbox"/>
UPS / Baterías	<input type="checkbox"/>	Señalización Interna / Externa	<input type="checkbox"/>	Estacionamientos	<input type="checkbox"/>
Plantas de Emergencia	<input type="checkbox"/>	Pinturas	<input type="checkbox"/>	Pisos / Muros	<input type="checkbox"/>

## Validación del servicio

Observaciones del usuario: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Usuario

Firma Proveedor

Firma Subdirector Regional

Firma Director DAR