



DIRECCION DE ADMINISTRACION DE INMUEBLES
SUBDIRECCION DE MANTENIMIENTO A SUCURSALES



A&R construcciones

CONSERVACION	CENTRO RESPONSABLE	FECHA
TRANSITO ALCALDE	0A25	15 SEP 17

PERSONA QUE REPORTA: JOSE MARTINEZ REPORTE N° 40469599
 DOMICILIO: AV. ALCALDE 1960 TELEFONO: 3338233373
 PERSONA QUE RECIBE REPORTE: ADRIANA HORA DE ORIGEN: 10:35
 HORA DE LLEGADA: 10:00
 FECHA DE ORIGEN: 1A-09-17 HORA DE SALIDA: 15:00

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

PROBLEMA REPORTADO Y COMENTARIOS
REPARACION DE 4 BANCAS LOS RESPALDOS ESTABAN SUELTOS SE FIJADOS LOS RESPALDOS

MATERIAL EMPLEADO EN LA REPARACION		
CANTIDAD	UNIDAD	CONCEPTO

RESPONSABLE DE LA EMPRESA	COORDINADOR INMUEBLES BANCOMER
Nombre: <u>ANDRES RAMIREZ ADZ</u> Firma: <u>ANDRES RAMIREZ ADZ</u>	

EXCLUSIVO PARA SER LLENADO POR EL USUARIO					
Nombre: <u>Alberto Mtz</u>	1.- La Rapidez con la que se atendió su solicitud por la Mesa de Control de Reportes fue:	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Firma: <u>[Firma]</u>	2.- La Disponibilidad mostrada por el personal técnico fue:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sello: <u>5/09/17</u>	3.- La Atención y Actitud de Servicio recibida por el personal técnico fue:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.- La Solución a su Problema fue:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.- ¿Cómo considera la Capacidad técnica del personal?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES Y QUEJAS: <u> </u>					

Formato de validación, trabajos menores

CR: 0425Sucursal: TRANSITO ALCALDEFecha: 15 SEP 17

Monto final (sin IVA): _____

No. Ticket / ODC _____

Acciones realizadas

Descripción breve: _____

REPARACION DE 4 BANCAS RESPALDO CAIDO

Marcar con "x" donde corresponda

Sistema Electrico	<input type="checkbox"/>	Elevadores y Escaleras	<input type="checkbox"/>	Cerrajería y Cancelería	<input type="checkbox"/>
Sistema Hidrosanitario	<input type="checkbox"/>	Mobiliario	<input checked="" 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