



**DYNTRA, S.A. DE C.V.**  
5 de febrero no. 697-A, Col. Álamos  
Del. Benito Juárez, C.P. 03400, Cd. de México,  
Teléfono: 63-83-99-18 Email: [helpdesk@dyntra.com](mailto:helpdesk@dyntra.com)

No. TICKET:  
918

| DATOS DE USUARIO  |  |  |  |            |    |
|---|--|--|--|------------|----|
| INSTANCIA:  | DELEGACION LOCAL Y ESTACION MIGRATORIA EN CHIHUAHUA  |  | ID:  | CHH 12     |    |
| NOMBRE DE USUARIO:  | Eliud Iván Mora Martínez   |  | FECHA:   | 12/05/2017 |    |
| E-MAIL  | infdchih@inami.gob.mx  |  | HORA:  | 13:15      |    |
| TELEFONO:   | 6566117520   | EXTENSION:   | 8290241  | PISO:      | PB |
| ESTADO:   | CHIHUAHUA  |  |  |            |    |
| DOMICILIO:  | ANTONIO DE MONTES 2116 ENTRE DIV. DEL NORTE Y EUGENIO RAMIREZ CALDERON, COL. SAN FELIPE, C. P. 31240, CHIHUAHUA, CHIH. |  |  |            |    |
| DESCRIPCION DE LA FALLA   |  |  |  |            |    |
| ATASCO DE PAPEL   |  |  |  |            |    |
| DESCRIPCION DE LA SOLUCION (PIEZAS REEMPLAZADAS)                          |  |  |  |            |    |
| Se realizó cambio de pickup<br>El equipo quedó funcionando correctamente. |  |  |  |            |    |
| TIPO DE SERVICIO:   | CONSUMIBLE <input type="checkbox"/>  | MANTENIMIENTO PREVENTIVO <input type="checkbox"/>  | MANTENIMIENTO CORRECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> |            |    |
| TIPO DE EQUIPO:   | IMPRESORA COLOR <input type="checkbox"/> B&N <input checked="" type="checkbox"/>                                       | MULTIFUNCIONAL XEROX <input type="checkbox"/> LEXMARK <input checked="" type="checkbox"/> OKIDATA <input type="checkbox"/> |  |            |    |
| DATOS DEL EQUIPO:   | MODELO<br>X656de   | SERIE:<br>793TKVN  | IP:<br>10.100.185.202  |            |    |
| CONTADORES:   | COPIA:   | IMPRESIONES B&N:   | IMPRESIONES COLOR:   |            |    |
| CAMBIO DE EQUIPO:   | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>   | FECHA TERMINO DEL REPORTE:   | HORA DE TÉRMINO DEL REPORTE                                  |            |    |

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO  
Instituto Nacional de Migración  
Delegación Local

NOMBRE Y FIRMA DEL TECNICO

| ENCUESTA DE SATISFACCIÓN  |   |             |          |
|---|---|-------------|----------|
| ¿LA ATENCIÓN QUE LE PROPORCIONO LA MESA DE SERVICIO FUE ACORDE A LO QUE NECESITABA? | BUENO <input checked="" type="checkbox"/> | REGULAR ( ) | MALO ( ) |
| ¿EL SERVICIO QUE RECIBIO PARA ATENDER SU REPORTE FUE?                               | BUENO <input checked="" type="checkbox"/> | REGULAR ( ) | MALO ( ) |
| ¿EL TIEMPO DE SOLUCION PARA RESOLVER SU REPORTE ES SATISFACTORIO?                   | BUENO <input checked="" type="checkbox"/> | REGULAR ( ) | MALO ( ) |