

|   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CARGO DE ENTREGA DE RECIBO</b>   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| Nro. Recibo : 0001-30643721   |  | CTA. CTO : 926139                     |                                 | UL : 136-0550                         |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN : LIMA SAN JUAN DE LURIGANCHO Urb. LAS FLORES 78 AV LOS PROCERES DE LA INDEPENDENCIA S/N Mz- F Lt- 20 Pis |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| TIPO :  | RECLAMOS   | Mes :                                 | CICLO : 1 Abril                 | AÑO :                                 |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Recibido por :</b>   | <table><tr><td>Piso</td><td>Vivienda</td><td>Color/Fachada</td><td>Puerta</td><td>Color puerta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titular</td><td><input type="checkbox"/> Uno</td><td><input type="checkbox"/> Casa</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td><td><input type="checkbox"/> Plomo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Dos</td><td><input type="checkbox"/> Dpto.</td><td><input type="checkbox"/> Vidrio</td><td><input type="checkbox"/> Negro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleado/a</td><td><input type="checkbox"/> tres</td><td><input type="checkbox"/> Quinta.</td><td><input type="checkbox"/> Metal</td><td><input type="checkbox"/> Marron</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vigilante</td><td><input type="checkbox"/> Cuatro</td><td><input type="checkbox"/> Tienda.</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buzón</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr></table> | Piso                                  | Vivienda                        | Color/Fachada                         | Puerta | Color puerta | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Dpto. | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Empleado/a | <input type="checkbox"/> tres | <input type="checkbox"/> Quinta. | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Marron | <input type="checkbox"/> Vigilante | <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Tienda. | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Buzón | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |  |  |  |
| Piso  | Vivienda   | Color/Fachada                         | Puerta                          | Color puerta                          |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Titular  | <input type="checkbox"/> Uno   | <input type="checkbox"/> Casa         | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familiar   | <input type="checkbox"/> Dos   | <input type="checkbox"/> Dpto.        | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a   | <input type="checkbox"/> tres  | <input type="checkbox"/> Quinta.      | <input type="checkbox"/> Metal  | <input type="checkbox"/> Marron       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilante  | <input type="checkbox"/> Cuatro  | <input type="checkbox"/> Tienda.      | <input type="checkbox"/> Otros  | <input type="checkbox"/> Madera       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buzón  | <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Devuelto :</b>   | <b>Obs.</b> _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se mudó  | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ya no trabaja  | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. Incompleta  | _____  |                                       | Fecha Max. _____                |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazado  | Cliente Titular SI NO  |                                       | Fecha Entrega _____             |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido  | NOMBRE : _____   |                                       | Cod. Repartidor : _____         |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. No existe   | DNI : _____  |                                       | Parentesco : _____              |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cliente ausente  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |

|  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CARGO DE ENTREGA DE RECIBO</b>  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| Nro. Recibo : 0001-30643718  |  | CTA. CTO : 935219                     |                                 | UL : 136-1600                         |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN : LIMA SAN JUAN DE LURIGANCHO Urb. MARISCAL CACERES CA 21 S/N Mz- I12 Lt- 2 Sector 2 Piso 1 Interior A |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| TIPO :   | RECLAMOS   | Mes :                                 | CICLO : 1 Abril                 | AÑO :                                 |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Recibido por :</b>  | <table><tr><td>Piso</td><td>Vivienda</td><td>Color/Fachada</td><td>Puerta</td><td>Color puerta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titular</td><td><input type="checkbox"/> Uno</td><td><input type="checkbox"/> Casa</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td><td><input type="checkbox"/> Plomo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Dos</td><td><input type="checkbox"/> Dpto.</td><td><input type="checkbox"/> Vidrio</td><td><input type="checkbox"/> Negro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleado/a</td><td><input type="checkbox"/> tres</td><td><input type="checkbox"/> Quinta.</td><td><input type="checkbox"/> Metal</td><td><input type="checkbox"/> Marron</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vigilante</td><td><input type="checkbox"/> Cuatro</td><td><input type="checkbox"/> Tienda.</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buzón</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr></table> | Piso                                  | Vivienda                        | Color/Fachada                         | Puerta | Color puerta | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Dpto. | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Empleado/a | <input type="checkbox"/> tres | <input type="checkbox"/> Quinta. | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Marron | <input type="checkbox"/> Vigilante | <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Tienda. | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Buzón | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |  |  |  |
| Piso   | Vivienda   | Color/Fachada                         | Puerta                          | Color puerta                          |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Titular   | <input type="checkbox"/> Uno   | <input type="checkbox"/> Casa         | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familiar  | <input type="checkbox"/> Dos   | <input type="checkbox"/> Dpto.        | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a  | <input type="checkbox"/> tres  | <input type="checkbox"/> Quinta.      | <input type="checkbox"/> Metal  | <input type="checkbox"/> Marron       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilante   | <input type="checkbox"/> Cuatro  | <input type="checkbox"/> Tienda.      | <input type="checkbox"/> Otros  | <input type="checkbox"/> Madera       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buzón   | <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Devuelto :</b>  | <b>Obs.</b> _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se mudó   | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ya no trabaja   | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. Incompleta   | _____  |                                       | Fecha Max. _____                |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazado   | Cliente Titular SI NO  |                                       | Fecha Entrega _____             |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido   | NOMBRE : _____   |                                       | Cod. Repartidor : _____         |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. No existe  | DNI : _____  |                                       | Parentesco : _____              |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cliente ausente   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |

|  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CARGO DE ENTREGA DE RECIBO</b>        |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| Nro. Recibo : 0001-30643720              |  | CTA. CTO : 935208                     |                                 | UL : 142-0470                         |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN :                              |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| TIPO :                                   | RECLAMOS   | Mes :                                 | CICLO : 1 Abril                 | AÑO :                                 |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Recibido por :</b>                    | <table><tr><td>Piso</td><td>Vivienda</td><td>Color/Fachada</td><td>Puerta</td><td>Color puerta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titular</td><td><input type="checkbox"/> Uno</td><td><input type="checkbox"/> Casa</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td><td><input type="checkbox"/> Plomo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Dos</td><td><input type="checkbox"/> Dpto.</td><td><input type="checkbox"/> Vidrio</td><td><input type="checkbox"/> Negro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleado/a</td><td><input type="checkbox"/> tres</td><td><input type="checkbox"/> Quinta.</td><td><input type="checkbox"/> Metal</td><td><input type="checkbox"/> Marron</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vigilante</td><td><input type="checkbox"/> Cuatro</td><td><input type="checkbox"/> Tienda.</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buzón</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr></table> | Piso                                  | Vivienda                        | Color/Fachada                         | Puerta | Color puerta | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Dpto. | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Empleado/a | <input type="checkbox"/> tres | <input type="checkbox"/> Quinta. | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Marron | <input type="checkbox"/> Vigilante | <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Tienda. | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Buzón | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |  |  |  |
| Piso                                     | Vivienda   | Color/Fachada                         | Puerta                          | Color puerta                          |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Titular         | <input type="checkbox"/> Uno   | <input type="checkbox"/> Casa         | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familiar        | <input type="checkbox"/> Dos   | <input type="checkbox"/> Dpto.        | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a      | <input type="checkbox"/> tres  | <input type="checkbox"/> Quinta.      | <input type="checkbox"/> Metal  | <input type="checkbox"/> Marron       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilante       | <input type="checkbox"/> Cuatro  | <input type="checkbox"/> Tienda.      | <input type="checkbox"/> Otros  | <input type="checkbox"/> Madera       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buzón           | <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Devuelto :</b>                        | <b>Obs.</b> _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se mudó         | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ya no trabaja   | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. Incompleta | _____  |                                       | Fecha Max. _____                |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazado       | Cliente Titular SI NO  |                                       | Fecha Entrega _____             |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido     | NOMBRE : _____   |                                       | Cod. Repartidor : _____         |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. No existe  | DNI : _____  |                                       | Parentesco : _____              |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cliente ausente |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |

|   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CARGO DE ENTREGA DE RECIBO</b>   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| Nro. Recibo : 0001-30643717   |  | CTA. CTO : 935215                     |                                 | UL : 136-1600                         |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN : LIMA SAN JUAN DE LURIGANCHO Urb. MARISCAL CACERES CA 21 S/N Mz- I11 Lt- 40 Sector 2 Piso 1 Interior A |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| TIPO :  | RECLAMOS   | Mes :                                 | CICLO : 1 Abril                 | AÑO :                                 |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Recibido por :</b>   | <table><tr><td>Piso</td><td>Vivienda</td><td>Color/Fachada</td><td>Puerta</td><td>Color puerta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titular</td><td><input type="checkbox"/> Uno</td><td><input type="checkbox"/> Casa</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td><td><input type="checkbox"/> Plomo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Dos</td><td><input type="checkbox"/> Dpto.</td><td><input type="checkbox"/> Vidrio</td><td><input type="checkbox"/> Negro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleado/a</td><td><input type="checkbox"/> tres</td><td><input type="checkbox"/> Quinta.</td><td><input type="checkbox"/> Metal</td><td><input type="checkbox"/> Marron</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vigilante</td><td><input type="checkbox"/> Cuatro</td><td><input type="checkbox"/> Tienda.</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buzón</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr></table> | Piso                                  | Vivienda                        | Color/Fachada                         | Puerta | Color puerta | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Dpto. | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Empleado/a | <input type="checkbox"/> tres | <input type="checkbox"/> Quinta. | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Marron | <input type="checkbox"/> Vigilante | <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Tienda. | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Buzón | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |  |  |  |
| Piso  | Vivienda   | Color/Fachada                         | Puerta                          | Color puerta                          |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Titular  | <input type="checkbox"/> Uno   | <input type="checkbox"/> Casa         | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familiar   | <input type="checkbox"/> Dos   | <input type="checkbox"/> Dpto.        | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a   | <input type="checkbox"/> tres  | <input type="checkbox"/> Quinta.      | <input type="checkbox"/> Metal  | <input type="checkbox"/> Marron       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilante  | <input type="checkbox"/> Cuatro  | <input type="checkbox"/> Tienda.      | <input type="checkbox"/> Otros  | <input type="checkbox"/> Madera       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buzón  | <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Devuelto :</b>   | <b>Obs.</b> _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se mudó  | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ya no trabaja  | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. Incompleta  | _____  |                                       | Fecha Max. _____                |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazado  | Cliente Titular SI NO  |                                       | Fecha Entrega _____             |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido  | NOMBRE : _____   |                                       | Cod. Repartidor : _____         |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. No existe   | DNI : _____  |                                       | Parentesco : _____              |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cliente ausente  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |

|  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CARGO DE ENTREGA DE RECIBO</b>        |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| Nro. Recibo : 0001-30643719              |  | CTA. CTO : 935206                     |                                 | UL : 142-0470                         |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN :                              |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| TIPO :                                   | RECLAMOS   | Mes :                                 | CICLO : 1 Abril                 | AÑO :                                 |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Recibido por :</b>                    | <table><tr><td>Piso</td><td>Vivienda</td><td>Color/Fachada</td><td>Puerta</td><td>Color puerta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titular</td><td><input type="checkbox"/> Uno</td><td><input type="checkbox"/> Casa</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td><td><input type="checkbox"/> Plomo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Dos</td><td><input type="checkbox"/> Dpto.</td><td><input type="checkbox"/> Vidrio</td><td><input type="checkbox"/> Negro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleado/a</td><td><input type="checkbox"/> tres</td><td><input type="checkbox"/> Quinta.</td><td><input type="checkbox"/> Metal</td><td><input type="checkbox"/> Marron</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vigilante</td><td><input type="checkbox"/> Cuatro</td><td><input type="checkbox"/> Tienda.</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buzón</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr></table> | Piso                                  | Vivienda                        | Color/Fachada                         | Puerta | Color puerta | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Dpto. | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Empleado/a | <input type="checkbox"/> tres | <input type="checkbox"/> Quinta. | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Marron | <input type="checkbox"/> Vigilante | <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Tienda. | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Buzón | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |  |  |  |
| Piso                                     | Vivienda   | Color/Fachada                         | Puerta                          | Color puerta                          |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Titular         | <input type="checkbox"/> Uno   | <input type="checkbox"/> Casa         | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familiar        | <input type="checkbox"/> Dos   | <input type="checkbox"/> Dpto.        | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a      | <input type="checkbox"/> tres  | <input type="checkbox"/> Quinta.      | <input type="checkbox"/> Metal  | <input type="checkbox"/> Marron       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilante       | <input type="checkbox"/> Cuatro  | <input type="checkbox"/> Tienda.      | <input type="checkbox"/> Otros  | <input type="checkbox"/> Madera       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buzón           | <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Devuelto :</b>                        | <b>Obs.</b> _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se mudó         | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ya no trabaja   | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. Incompleta | _____  |                                       | Fecha Max. _____                |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazado       | Cliente Titular SI NO  |                                       | Fecha Entrega _____             |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido     | NOMBRE : _____   |                                       | Cod. Repartidor : _____         |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. No existe  | DNI : _____  |                                       | Parentesco : _____              |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cliente ausente |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |

|   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CARGO DE ENTREGA DE RECIBO</b>   |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| Nro. Recibo : 0001-30643716   |  | CTA. CTO : 935213                     |                                 | UL : 136-1600                         |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN : LIMA SAN JUAN DE LURIGANCHO Urb. MARISCAL CACERES CA 22 S/N Mz- I11 Lt- 20 Sector 2 Piso 2 Interior A |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| TIPO :  | RECLAMOS   | Mes :                                 | CICLO : 1 Abril                 | AÑO :                                 |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Recibido por :</b>   | <table><tr><td>Piso</td><td>Vivienda</td><td>Color/Fachada</td><td>Puerta</td><td>Color puerta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Titular</td><td><input type="checkbox"/> Uno</td><td><input type="checkbox"/> Casa</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td><td><input type="checkbox"/> Plomo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Dos</td><td><input type="checkbox"/> Dpto.</td><td><input type="checkbox"/> Vidrio</td><td><input type="checkbox"/> Negro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Empleado/a</td><td><input type="checkbox"/> tres</td><td><input type="checkbox"/> Quinta.</td><td><input type="checkbox"/> Metal</td><td><input type="checkbox"/> Marron</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vigilante</td><td><input type="checkbox"/> Cuatro</td><td><input type="checkbox"/> Tienda.</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="checkbox"/> Madera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buzón</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr></table> | Piso                                  | Vivienda                        | Color/Fachada                         | Puerta | Color puerta | <input type="checkbox"/> Titular | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Dpto. | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Empleado/a | <input type="checkbox"/> tres | <input type="checkbox"/> Quinta. | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Marron | <input type="checkbox"/> Vigilante | <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Tienda. | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Buzón | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |  |  |  |
| Piso  | Vivienda   | Color/Fachada                         | Puerta                          | Color puerta                          |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Titular  | <input type="checkbox"/> Uno   | <input type="checkbox"/> Casa         | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Plomo        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familiar   | <input type="checkbox"/> Dos   | <input type="checkbox"/> Dpto.        | <input type="checkbox"/> Vidrio | <input type="checkbox"/> Negro        |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a   | <input type="checkbox"/> tres  | <input type="checkbox"/> Quinta.      | <input type="checkbox"/> Metal  | <input type="checkbox"/> Marron       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilante  | <input type="checkbox"/> Cuatro  | <input type="checkbox"/> Tienda.      | <input type="checkbox"/> Otros  | <input type="checkbox"/> Madera       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buzón  | <input type="checkbox"/> Otros: _____  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <b>Devuelto :</b>   | <b>Obs.</b> _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Se mudó  | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ya no trabaja  | _____  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. Incompleta  | _____  |                                       | Fecha Max. _____                |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazado  | Cliente Titular SI NO  |                                       | Fecha Entrega _____             |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido  | NOMBRE : _____   |                                       | Cod. Repartidor : _____         |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dir. No existe   | DNI : _____  |                                       | Parentesco : _____              |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cliente ausente  |  |                                       |                                 |                                       |        |              |                                  |                              |                               |                                 |                                |                                   |                              |                                |                                 |                                |                                     |                               |                                  |                                |                                 |                                    |                                 |                                  |                                |                                 |                                |                                       |                                       |  |                                       |  |  |  |  |