

Departamento de Movilidad Ciudadana

Servicio Complementario de Paratránsito

Formulario de Quejas para Servicio de Ruta Fija

Fecha: _____
(Día/Mes/Año)

Hora: _____

De: _____
(Nombre del Ciudadano)

Teléfono: _____

Atendido por: _____

Puesto: _____

Para uso de la Administración

No. Control: _____

Acción Tomada:

Firma del Director del Departamento
y/o Representante Autorizado

Llamadas Realizadas:

Fecha	Hora
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Sugerencia contestada y enviada:

Correo regular ____ Correo electrónico ____ Entrega en persona ____

Fecha: _____