



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ TELEFONO: _____

TIPO DE RECLAMO

___ NAPO ___ INPO ___ DERLINE ___ CONSUMO ___ MATERIAL ___ BLOQUEO
___ DINA ___ SIDA ___ SUSPENSION ___ TEL MAL ESTADO ___ OTROS CARGOS
___ TRASLADO DE NUMERO ___ TERCERA EDAD ___ SALDO ANTERIOR

OBSERVACIONES: _____

TOTAL A DESCARGAR LPS. _____ TOTAL A CARGAR LPS. _____

FECHA: ____/____/____

FIRMA RECEPCION DE RECLAMOS

FIRMA DEL CLIENTE

