

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Datos del Abonado o Contribuyente: | | |
| Identidad: _____ | | Nombre: _____ |
| Teléfono: _____ | | Correo Electrónico: _____ |
| Tipo de Contribuyente: Jurídico <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> | | |
| Problema Encontrado: | | |
| Modulo: _____ | | Empleado: _____ |
| Descripción del problema: _____ | | |
| _____ | | |
| * <i>Empleado:</i> Quien notifica o encuentra el problema. | | |
| Documentación y Soporte: | | |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de Identidad: _____ | | <input type="checkbox"/> Recibo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depósito de pago: _____ | | <input type="checkbox"/> Ficha Catastral: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Cancelación de Negocio: _____ |
| _____ | | |
| Solución Del Problema: | | |
| Modulo: _____ | | Empleado: _____ |
| Solución al problema: _____ | | |
| _____ | | |
| * <i>Empleado:</i> quien soluciona el problema. | | |
| Documentos Afectados: | | |
| <i>No. Documento</i> | <i>Descripción Del Documento</i> | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| Lugar y Fecha: _____ | | |
| Firma Contribuyente: | Firma Jefe Departamento: | Firma Auditor: |
| | | |
| Observaciones: | | |
| | | |