



COOPTRAISS

Nuestra solidez financiera es garantía de bienestar
NIT. 860.014.397-1

PGC-F-001
20-II-2019
VERSIÓN 3

FORMATO PARA QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS O FELICITACIONES

1. DATOS DEL ASOCIADO:

Nombres y Apellidos _____

Dirección Domicilio _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Celular _____

Correo Electrónico _____

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO Y/O PRODUCTO:

3. PROBLEMA ENCONTRADO:

Fecha Ocurrencia _____

Descripción Problema _____

4. SOLICITA SOLUCION:

SI NO SUGERENCIAS:

5. ADJUNTOS: (Lista de documentos que se anexan)

FECHA _____ FIRMA _____

C.C. No. _____

“SU SATISFACCION ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS” JUNTA DE VIGILANCIA”

Calle 24 No.26 - 70 Bogotá, D.C., PBX: (+571) 518 50 66 Fax Directo 3407356

juntadevigilancia@cooptraiss.com