



MARINA
SECRETARÍA DE MARINA



COMENTARIOS Y/O MEJORAS ASIPONA-SGSCS-F-19

Fecha

____/____/____
DD MM AA

Para validar su queja y/o sugerencia deberá llenar los campos solicitados. Esta información es de carácter **CONFIDENCIAL**. (* campos obligatorios)

***Marca con una "X" si es:**

☐

Queja

☐

Sugerencia

Datos de contacto del afectado:

*Nombre:

*Empresa/Dependencia:

*Número Telefónico:

Correo electrónico:

*** En el siguiente espacio haga un relato de los hechos:**

En caso de ser necesario continúe al reverso.

Agradecemos su queja y/o sugerencia, esta será atendida ¡Gracias!

Rev. 03 23/02/2024

