



ORDEN DE SERVICIO



No. Reporte	Fecha de atención	Costo de servicio	Tipo de gas
241639	76-09-24	0	LP

DATOS DEL CST
 Producto:
 Nombre: CST: Marien Gazca **Telefono** 729 139 9849

DATOS DE USUARIO
 Nombre: Rosa Maria Martinez **Domicilio:** Circuito santo domingo
Telefono: **Celular:**
Estado: Ciudad: San Vicente chicoloapan
Colonia: **Referencias:**
C.P.:

INCIDENTE REPORTADO
 Descripción: No enciende equip

REFACCIONES UTILIZADOS EN EL SERVICIO

DICTAMEN DEL SERVICIO
 Se realizan pruebas detectando valvula dañada de gas por lo cual se realiza cambio fisico

A. [Signature]
NOMBRE Y FIRMA TECNICO

Monica Castañeda [Signature]
NOMBRE Y FIRMA DE USUARIO

Me realizan cambio fisico de equipo
 Reiteramos nuestro compromiso, estamos a sus ordenes ante cualquier duda y/o comentario, los 365 días del año las 24 hrs.

