

Sistemas de Información

Solicitud de Asistencia

Fecha	
-------	--

Información Contacto del Solicitante

Nombre Solicitante			
Puesto			
Categoría Puesto	<input type="checkbox"/> Empleado Municipal <input type="checkbox"/> Empleado Entidad Gubernamental		
Municipio / Agencia / Compañía			
Dirección Postal			
Correo Electrónico			
Tel.	Extensión:	Fax:	

Módulo de Asunto

Asunto	<input type="checkbox"/> Recaudaciones <input type="checkbox"/> Patentes <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Errores de Sistema <input type="checkbox"/> Otro Asunto _____		<input type="checkbox"/> Contabilidad <input type="checkbox"/> Cuentas por Pagar <input type="checkbox"/> Nómina
Hechos que sustentan la Solicitud de Asistencia			