

| PARTE DE SUPERVISIÓN DE COMUNIDADES |  |    |                           | SI ALGUNO DE LOS PUNTOS NO ESTÁ BIEN(B), SE DEBERA REFLEJAR. |
|-------------------------------------|--|----|---------------------------|--|
| CLIENTE:                            | Fragues, 19  |    |                           | FECHA: 8.6.2023  |
| CALLE:                              |  |    |                           |  |
|                                     | B  | R  | M                         |  |
| PUERTA DE ENTRADA                   | X  |    |                           |  |
| TELEFONILLO                         | X  |    |                           |  |
| PAREDES (ALICATADAS)                | X  |    |                           |  |
| PUNTOS DE LUZ                       | X  |    |                           |  |
| SUELOS                              | X  |    |                           |  |
| FELPUDOS                            | X  |    |                           |  |
| ESCALONES                           | X  |    |                           |  |
| ASCENSOR                            | X  |    |                           |  |
| CRISTALES (CERCOS Y RAILES)         | X  |    |                           |  |
| ¿TIENE ABRILLANTADO?                | SI   | NO |                           |  |
| ABRILLANTADO                        | X  |    |                           |  |
| PATIOS                              | X  |    |                           |  |
| CUARTO DE LIMPIEZA                  | X  |    |                           |  |
| ESTADO DE MATERIALES                | X  |    |                           |  |
| CALIFICACIÓN DEL CLIENTE            |  |    |                           |  |
| Tipo de informe:                    | Trimestral <input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> |    |                           |  |
| OPERARIO:                           | Dolores Navarro  |    |                           |  |
| NOTIFICADO OPERARIO                 | SI   | NO | FIRMA OPERARIO NOTIFICADO |  |
| FECHA NOTIFICACIÓN:                 |  |    |                           |  |
| PRÓXIMA REVISIÓN:                   |  |    |                           |  |
| SUPERVISADO POR:                    | Rocío Díez   |    |                           | FIRMA Y FECHA: 8.6.2023                                      |

| PARTE DE SUPERVISIÓN DE COMUNIDADES |  |    |                           | SI ALGUNO DE LOS PUNTOS NO ESTÁ BIEN(B), SE DEBERA REFLEJAR. |
|-------------------------------------|--|----|---------------------------|--|
| CLIENTE:                            | Humos, Agrot 4   |    |                           | FECHA: 9.6.2023  |
| CALLE:                              | Zurroñ 53  |    |                           |  |
|                                     | B  | R  | M                         |  |
| PUERTA DE ENTRADA                   | X  |    |                           |  |
| TELEFONILLO                         | X  |    |                           |  |
| PAREDES (ALICATADAS)                | X  |    |                           |  |
| PUNTOS DE LUZ                       | X  |    |                           |  |
| SUELOS                              | X  |    |                           |  |
| FELPUDOS                            | X  |    |                           |  |
| ESCALONES                           | X  |    |                           |  |
| ASCENSOR                            | X  |    |                           |  |
| CRISTALES (CERCOS Y RAILES)         | X  |    |                           |  |
| ¿TIENE ABRILLANTADO?                | SI   | NO |                           |  |
| ABRILLANTADO                        | X  |    |                           |  |
| PATIOS                              | X  |    |                           |  |
| CUARTO DE LIMPIEZA                  | X  |    |                           |  |
| ESTADO DE MATERIALES                | X  |    |                           |  |
| CALIFICACIÓN DEL CLIENTE            |  |    |                           |  |
| Tipo de informe:                    | Trimestral <input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> |    |                           |  |
| OPERARIO:                           | Dolores Navarro  |    |                           |  |
| NOTIFICADO OPERARIO                 | SI   | NO | FIRMA OPERARIO NOTIFICADO |  |
| FECHA NOTIFICACIÓN:                 |  |    |                           |  |
| PRÓXIMA REVISIÓN:                   |  |    |                           |  |
| SUPERVISADO POR:                    | Rocío Díez   |    |                           | FIRMA Y FECHA: 9.6.2023                                      |