



REPUBLICA DE PANAMA  
AUTORIDAD DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR Y DEFENSA DE LA  
COMPETENCIA  
DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA AL CONSUMIDOR Y  
CONCILIACIÓN

CONTROL DE CONSULTAS / **DENUNCIAS**

FECHA: \_\_\_\_\_ DENUNCIA No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONSUMIDOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA O **DENUNCIA**

---

---

---

---

---

REMITIDO A: \_\_\_\_\_

RESULTADOS \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_