



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: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS : \_\_\_\_\_

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

TELEFONO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA O **DENUNCIA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

REMITIDO A:

**RESULTADOS:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

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

**RECIBIDO POR:**