

**Contraseña**

Esta contraseña es útil para poder atenderle de manera rápida y eficaz, razón por la que le rogamos que la cuide y presente el día _____ de _____ de _____ fecha en que dentro de nuestro horario de servicio y en la oficina en la que realizó su trámite, le daremos los resultados de ésta.

Junta de Agua Potable y Alcantarillado Municipal, San Juan del Río, Qro.

Horario de Servicio

SUCURSAL CENTRO: Cuauhtémoc No. 27, Col. Centro Tel. 129 00 50 Ext. 1530

Lunes a Viernes de 8:00 a 16:00 Hrs. Sábados de 8:00 a 14:00 Hrs.

SUCURSAL ORIENTE: Plaza San Juan local 17 y 18

Tel. 129 00 50 Ext. 1106

Lunes a Viernes de 8:00 a 16:00 Hrs.

Ver reverso (Indicaciones)

Solicitud de Servicio



Solicitud de Servicio

No. _____

Fecha de respuesta a la solicitud



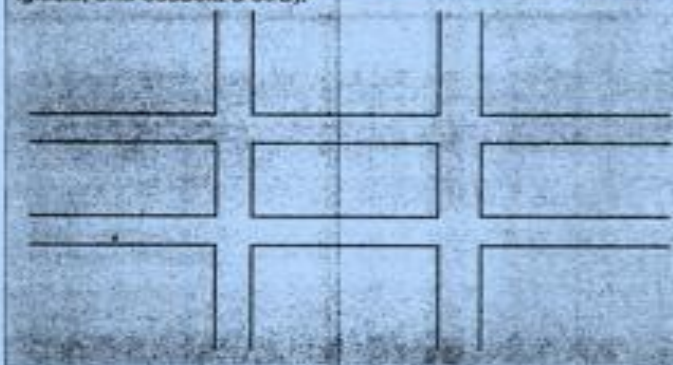
Solicitante: _____
Domicilio donde se requiere el servicio (calle, número, número interior): _____
Colonia y/o comunidad: _____

Seleccione el (los) servicio (s) solicitado (s)

Conexión de agua potable:	Doméstico <input type="checkbox"/>	Comercial: <input type="checkbox"/> Giro: _____	Industrial: <input type="checkbox"/> Giro: _____	Otro: <input type="checkbox"/> Provisional p/ Construcción <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Areas Verdes
Conexión de drenaje:	Doméstico <input type="checkbox"/>	Comercial: <input type="checkbox"/> Giro: _____	Industrial: <input type="checkbox"/> Tipo de Descarga: _____	
Otros Servicios:	Cambio de lugar: <input type="checkbox"/>	Ampliación de red de: <input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Drenaje	Servicio adicional de: <input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Drenaje	

Croquis de referencia

Para localizar su terreno con mayor rapidez, por favor ayúdenos marcando en este croquis la ubicación de su predio y cualquier referencia que haya cerca (una tienda, una iglesia, una escuela u otra).

**Espacio reservado para el Verificador**

Croquis de referencia	
Contrato: _____	Orden de trabajo: _____
Medidor: _____	Fecha de instalación: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIO

Verificación de solicitud No. _____	Fecha: _____
Técnicas: Si _____ No _____	
Observaciones: _____	
Existe: Agua Potable _____ Si existe _____ No existe _____	Drenaje _____ Si existe _____ No existe _____
Vb. Bc. Agua Potable _____	
Factibilidad Si _____ No _____	Control Operacional _____ Gerencia de Saneamiento _____

Comentarios del solicitante: _____

Comentarios Gerencia de Operación: _____

Comentarios Gerencia Saneamiento: _____

Fecha actual (mes, día y año): _____	Solicitante (firma y nombre): _____
Teléfono o domicilio en el que podamos localizarlo para cualquier aclaración: _____	
Documentación faltante: _____	La posible diferencia en materiales le será cargado en su recibo.