

	PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FO-GF-27
	SOLICITUD DE REVERSIÓN DE PAGOS POR FRAUDE ELECTRÓNICO	Versión: 01-20-12-16
		Página 1 de 1

Fecha de la solicitud (DD /MM /AAAA): \_\_\_\_\_

**I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: \_\_\_\_\_ No. Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**II. CAUSAL DE LA SOLICITUD**

- 1. Fue sujeto de fraude
- 2. Operación no solicitada
- 3. Servicio no recibido

**III. VALOR POR EL QUE SOLICITA REVERSIÓN:** \_\_\_\_\_

**IV. HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA SOLICITUD:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**V. INFORMACIÓN TRANSACCIÓN BANCARIA**

No. De Transacción: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de transacción: \_\_\_\_\_

**Medio de pago:**

Tarjeta crédito  No. Tarjeta: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_

Tarjeta Débito  No. Cuenta: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA SOLICITANTE**