

SOLICITUD DE ESTUDIO REVERSIÓN DE PAGO

Ciudad _____ Fecha DD/MM/AAAA

Información básica del solicitante

Nombres _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 Tipo de identificación: CC CE TI Pasaporte N° de identificación _____
 Teléfono/Celular: _____ / _____
 Correo electrónico: _____

Expresar las razones por las cuáles solicita la reversión del pago

Motivo de solicitud de reversión de pago

Fraude Operación no solicitada Producto o servicio adquirido y no recibido Producto o servicio no correspondiente con lo solicitado,
 Producto defectuoso no cumple con las características

Reversión de pago solicitada

Seleccione el tipo de producto

Total Parcial Cuatro últimos dígitos de la tarjeta _____

Monto de la reversión	Número de la transacción	Fecha y hora de la transacción
		DD/MM/AAAA HH/MM
		DD/MM/AAAA HH/MM
		DD/MM/AAAA HH/MM

En caso de que los campos aquí relacionados no sean suficientes, por favor adjuntar la relación de los cargos faltantes con la misma información.

Medio por el cual se adquirió el bien o servicio: Internet PSE Call Center Televentas

Queja presentada ante el comercio

Escrita _____ Verbal _____

Desconoce la identidad del comercio El comercio se negó a recibir la queja No fue posible contactar al comercio

Fecha de solicitud DD/MM/AAAA

Constancia de la presentación de la queja ante el comercio

Número de radicación _____ Nombre del comercio _____
 Número de radicación _____ Nombre del comercio _____
 Número de radicación _____ Nombre del comercio _____

Anexa soporte de reclamación: Si No

He cumplido con la obligación de devolver el bien proveedor

Si No No aplica