



Solicitud de Reversión de Pagos

(Decreto 587 del 11 de Abril de 2016)

Ciudad:

Fecha:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE

Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de Documento
C.C. C.E. TI RC

No. Documento de
identidad

Fecha de expedición

Lugar de expedición:

Teléfono/Celular:

Correo electrónico:

Dirección de Residencia:

¿Por cuál medio deseo recibir la respuesta?

Correo electrónico

A la residencia

RAZONES QUE FUNDAMENTAN LA SOLICITUD DE REVERSIÓN DE PAGO

MOTIVO DE REVERSIÓN DE PAGO

Objeto de fraude

Operación no solicitada

El producto recibido o adquirido no es recibido o prestado

El producto entregado no corresponde con lo solicitado, no cumple con las características inherentes o atribuidas según la información dada sobre el Producto entregado defectuoso

DATOS DEL COMERCIO

Nombre del establecimiento de comercio

Nombre de la página o tienda virtual donde adquirió el bien o servicio

DATOS DE LA TRANSACCIÓN

Número de la transacción
(CUS).

Fecha y hora en la que se efectuó el pago del producto o servicio

Valor de la compra

Cuenta tradicional

Cuentamas

CFA express

Valor a reversar

¿Fecha en la cual se dio cuenta de la situación presentada?

Microahorro

Cuenta Joven

Indicar el número de cuenta:

CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN DE QUEJA AL PROVEEDOR

Fecha de radicación de la queja (Máximo 5 días hábiles siguientes a la fecha de conocimiento) :

Carta física (adjuntar copia)

Correo electrónico (adjuntar copia)

Por otro medio

Cuál?

Realicé queja ante el proveedor del bien y/o Servicio

Si

No

No fue posible contactarlo*

Numero de radicación de la queja ante el proveedor

(* En caso que la reclamación ante el proveedor del bien o servicio no haya sido posible, Declaro bajo la gravedad de juramento que no fue posible la ubicación del establecimiento de comercio, o que el proveedor del bien o servicio se negó a recibir la queja.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

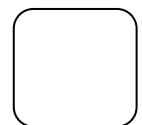
La presente solicitud de reversión de pago aplica de acuerdo con lo establecido en el (Decreto 587 del 11 de Abril de 2016) que tiene por objeto reglamentar las condiciones y el procedimiento para la reversión de los pagos solicitados por los consumidores.

Por medio de la presente solicitud, declaro que entiendo y acepto las consecuencias jurídicas derivadas de inexactitudes y falsedades en la información suministrada. Igualmente, declaro que CFA Cooperativa Financiera no será responsable por la veracidad del contenido del presente documento, ni de la información que sirva como fundamento para efectuar la reversión solicitada.

Autorizo a CFA Cooperativa Financiera para que comparta con el proveedor sujeto de la reversión del pago y los diferentes participantes del proceso de pago, la información contenida en la presente solicitud, a efectos para que estos conozcan sobre la solicitud de reversión y quien ha sido el solicitante de la misma con el fin de que sea gestionada y tramitada.

FIRMA DEL SOLICITANTE

CC :



Huella Dactilar