



**FORMULARIO GRATUITO DE RECLAMOS DÉBITOS POR SERVICIOS NO FINANCIEROS
COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO CHONE LTDA.**

FORM.SB.TI.01.

Estimado Cliente: Para su respaldo favor presentar este formulario por duplicado y exigir la fé de presentación en su copia.

DE TRAMITE
(Este número registra la entidad)

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DIA | MES | ANO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

FECHA

IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD CONTRA LA CUAL SE DIRIGE EL RECLAMO

| | | |
|--|------------------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DE LA ENTIDAD COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO CHONE | SUCURSAL MATRIZ | CIUDAD CHONE |
| NOMBRE DEL EJECUTIVO DE CUENTA O DEL CONTACTO EN LA ENTIDAD KATIUSKA ESTEFANIA MANTILLA CARRANZA | TELEFONO 2695396 EXT 118 | CORREO ELECTRÓNICO |

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO

PERSONA NATURAL :

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CEDULA CIUDADANIA / PASAPORTE | EDAD | TELEFONO 1 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CALLE | No. | INTERSECCION |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BARRIO | PARROQUIA | CIUDAD -CANTON |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| REFERENCIA (JUNTO A -CERCA DE-FRENTE A) | CORREO ELECTRÓNICO HABILITADO | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

PERSONA JURIDICA :

| | |
|--|--------------------------------------|
| RAZON SOCIAL | RUC: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| REPRESENTANTE LEGAL (apellidos paterno, materno, nombres) | TELEFONO 1 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CALLE | No. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BARRIO | PARROQUIA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| REFERENCIA (JUNTO A -CERCA DE-FRENTE A) | CORREO ELECTRÓNICO HABILITADO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

EJERCE REPRESENTACIÓN POR MEDIO DE:

CARTA PODER ES ABOGADO PATROCINADOR

SELECCIONE EL LUGAR PARA RECIBIR NOTIFICACIONES

CORREO ELECTRÓNICO CASILLA JUDICIAL DIRECCIÓN POSTAL EN EL BANCO

SERVICIO NO FINANCIERO MATERIA DE RECLAMO

Número de cuenta de ahorros o crédito asociado a este reclamo.

1. NARRACIÓN DE LOS FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO EXPUESTOS CON CLARIDAD Y PRECISIÓN.

2. ANUNCIO DE LA PRUEBA

3. DETERMINACION DE LA PETICION CONCRETA

4. MONTO DEL RECLAMO

USD \$.

| DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN : | | DOCUMENTOS ADICIONALES (Detallar) |
|--|--|-----------------------------------|
| COPIA CEDULA DE CIUDADANIA / PASAPORTE | | |
| COPIA DE PAPELETA DE VOTACIÓN | | |
| COPIA DE LA TRANSACCION OBJETO DEL RECLAMO | | |
| COPIA DEL REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES | | |
| COPIA DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL | | |

AUTORIZACION DEL CLIENTE

Autorizo que las notificaciones y demás documentación que se genere dentro de la atención del presente reclamo, se me las haga llegar a la dirección electrónica arriba indicada.

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| <p>_____</p> <p>Firma del Reclamante</p> <p>C.I.</p> | <p>_____</p> <p>Ingresado por:</p> | <p>_____</p> <p>Funcionario asignado</p> |
|--|------------------------------------|--|

PARA USO DE LA INSTITUCION FINANCIERA

| RECIBIDO POR: | FECHA DE RECEPCIÓN: |
|-----------------------------------|---------------------|
| | |
| FIRMA DE FUNCIONARIO QUE RECIBIE: | |
| REVISADO POR: | |
| CARGO Y FIRMA: | |
| ESTADO DE TRÁMITE: | |
| SOLUCIÓN DADA AL TRÁMITE | |
| FECHA DE RESOLUCIÓN DE TRÁMITE | |