



SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN			
LUGAR:		FECHA:	N° RECLAMO:
IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE Y/O USUARIO			
CÉDULA / RIF:	APELLIDOS Y NOMBRES:		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:			
TELÉFONO DE HABITACIÓN:	OFICINA:	MÓVIL:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:
INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DEL BANCO			
N° DE CUENTA CLIENTE:		AGENCIA:	
EJECUTIVO:			
INFORMACIÓN DEL PRODUCTO A RECLAMAR			
PRODUCTO:	TIPO DE RECLAMO:	MONTO A RECLAMAR:	
MONTO A RECLAMAR:			
DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO			
FECHA DE LA OPERACIÓN:	NOMBRE DEL COMERCIO:		
DOCUMENTACIÓN PROBATORIA:			
<input type="radio"/> VOUCHER <input type="radio"/> COMPROBANTE DE TRANSFERENCIA <input type="radio"/> COMPROBANTE DE PAGO MÓVIL			

**NOTA:** Deben enviar la planilla debidamente llena al correo del defensor: [defensor@sofitasa.com](mailto:defensor@sofitasa.com) conjuntamente con los requisitos necesarios y/o dirección Defensoría Av. 7ma. Esquina Calle 4, Edif. Banco Sofitasa, piso Mezzanina, OF I, Sector Centro, San Cristóbal, Estado Táchira. Teléfono: 0276 3404776.

---

**FIRMA DEL CLIENTE**