

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE CRUCE DE CUENTAS

Bogotá, ____ de _____ del año 20 ____

Señores

Servincluidos Ltda.

Ciudad

Yo _____, Identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, confirmo ser el (la) titular de Factura de la reserva número _____ y/o tarjetahabiente de pago no presencial de la misma, por este medio autorizo a ustedes un cruce de cuentas tomando el dinero a favor de la reserva No. _____ para la nueva reserva No. _____, adicionalmente y a fin de mantener contacto con ustedes me permito informar:

Números telefónicos: _____

Dirección residencia: _____

Correo electrónico: _____

Si usted realizó el pago de su reserva con tarjeta de crédito a través de nuestro call center o sitios web, recuerde que debe adjuntar el extracto bancario donde se evidencie la compra que realizo a Servincluidos Ltda.

La vigencia de su solicitud de cruce de cuentas es de once (11) meses a partir de la emisión y/o primer pago de su reserva, tenga en cuenta que solo se podrá hacer máximo dos cotizaciones nuevas para tramitar el cruce de cuentas, a partir de la tercera solicitud se cobraran \$50.000 COP de penalidad por gastos administrativos.

Nota: Favor tener en cuenta que este formato debe ser radicado a través de la página www.decameron.co opción registró PQR.

Atentamente,

Firma del titular de la factura de venta y/o

*Tarjetahabiente pago no presencial