



## FORMATO SERVICIOS NO RECONOCIDOS

El presente formato debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones ni enmendaduras y escrito de puño y letra del reclamante.

### 1. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos / Razón Social: \_\_\_\_\_

Tipo Documento     CC     CE     PS     NIT    Número Documento: \_\_\_\_\_

Dirección Correspondencia: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Bajo la gravedad de juramento y en los términos del artículo 67 del CPP, manifiesto ante DIRECTV que yo no he realizado la solicitud de el(los) servicio(s) objeto de este reclamo; en consecuencia ha sido suplantada mi identidad para solicitar ante esta empresa el (los) servicio(s). Igualmente manifiesto que NO realice ningún pago de mensualidad por dicho servicio.

### 2. SERVICIOS NO RECONOCIDOS (Información suministrada por el asesor de servicio de DIRECTV)

¿Tiene o ha tenido servicios con DIRECTV?                      Si                       No

Si la respuesta anterior es SI indique el numero de referencia de pago o factura de los servicios y marque con una X el producto que tiene.

No.	Referencia de Pago	TV	NET
1			
2			

No.	Referencia de Pago	TV	NET
3			
4			

### 3. BREVE RELATO DE LOS HECHOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Junto con este formato se debe adjuntar la fotocopia del documento de identidad, legible y ampliada al 150%.

Los documentos se deben radicar a través de alguno de los siguientes canales de atención de DIRECTV:

- Correo certificado a la dirección                      **Autopista Norte # 103-60 Bogotá - Colombia (Código Postal: 110111)**
- Correo electrónico al mail:                              **servicionoreconocido@directvla.com.co**
- Centros de atención personalizada:                      **www.directv.com.co/centros-de-experiencia**

**DIRECTV cuenta con 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente a la presentación de su petición con la documentación completa para atender su solicitud.**

Manifiesto que autorizo a DIRECTV para tratar mis datos personales contenidos en este formato y los que puedan estar en sus Bases de Datos a fin de validar el hecho de suplantación de identidad, así como a contactarme para efectos de dar respuesta a esta solicitud.

### 4. FIRMA Y HUELLA

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo Documento:     CC     CE     PS     NIT

Número de Documento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Huella dactilar del mismo dedo  
indicado en la cédula