



AUTORIZACION PARA REVERSAR SUSPENSION DE PAGOS

Número de Reclamación	
Número de Cheque	
Fecha suspensión de pago	
Razón reverso suspensión de pago	
Usuario que reversará suspensión de pago	
Firma del Usuario	

CERTIFICO que he verificado la información arriba señalada la cual está correcta por lo que procede la aprobación de la misma.

Fecha

Nombre y Firma del Jefe de la División
o su Representante Autorizado