

REQUISITOS PARA REVISIÓN DE FACTURAS  
(PROCESO EXCLUSIVAMENTE DIGITAL)

\*Razón Social \_\_\_\_\_

\*Contacto de Finanzas o Contabilidad

Nombre	
Correo Electrónico	
Teléfono y Extensión	
Horario de Atención	

Proceso de Revisión Digital

1. ¿Requiere que sus facturas se integren en algún proceso de revisión digital?

--

2. Si su respuesta fue Afirmativa; favor de indicarnos lo siguiente:

Día (s) de Revisión	
Horario de Revisión	
Documentos Para Enviar	
Datos Adicionales	

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_

