



Señor
DIRECTOR FINANCIERO
Presente.-

Yo:..... Fecha:.....
Razón Social:..... CI:.....
Dirección Calle:..... RUC:.....
Teléfono:..... Nro:..... Referencia:.....
Email:.....

Solicito autorice la realización del siguiente trámite:

- | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Actualización de datos en el RAE | <input type="checkbox"/> Reducción impuesto Art. 549 COOTAD |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de plazo clausura | <input type="checkbox"/> Exoneración de Impuestos Tercera Edad Art. 14 Ley Anciano |
| <input type="checkbox"/> Devolución de impuestos | <input type="checkbox"/> Exoneración Artesano Calificado Art. 550 COOTAD |
| <input type="checkbox"/> Anulación de emisión | <input type="checkbox"/> Revisión de determinación impuestos |
| <input type="checkbox"/> Plazo de pago | <input type="checkbox"/> Devolución excedente adquinado |
| <input type="checkbox"/> Exoneración espectáculos públicos | <input type="checkbox"/> Exoneración Discapacidad Imp. Predial |
| | <input type="checkbox"/> Suspensión inscripción Activ. Económica |

Otros:.....

Asunto:.....

.....
.....

Adjuntar los documentos que sustentan el reclamo

.....
Firma del solicitante

Sumilla:.....

.....
.....