



Señor
DIRECTOR FINANCIERO
Presente.-

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

Solicito autorice la realización del siguiente trámite:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actualización de datos en el RAE | <input type="checkbox"/> Reducción impuesto Art. A.549COOTAD |
| <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:.....

.....
.....



GOBIERNO
AUTÓNOMO
DESCENTRALIZADO
ADMINISTRACIÓN 2019 - 2023