



Gobierno Autónomo
Descentralizado Municipal
San Miguel de Ibarra



**ALCALDÍA
IBARRA**



Señor
DIRECTOR FINANCIERO
Presente,-

Fecha:.....

Yo: CI:

Razón Social:..... RUC:

Dirección Calle:..... Nro.: Referencia:.....

Teléfono:..... Email:.....

Solicito autorice la realización del siguiente tramite:

- | | |
|--|--|
| <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 adoquinado |
| <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