



Gobierno Autónomo  
Descentralizado Municipal de  
**San Miguel de Ibarra**



**IBARRA**  
cerca de nuestra gente

Señor

DIRECTOR FINANCIERO

Presente.-

**Nº 0007713**

Fecha: .....

Yo ..... C.I. ....

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. 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 impuesto                        |
| <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                     |
| Otros: .....   | <input type="checkbox"/> Suspensión inscripción Activ. Económica                   |

Asunto .....

Adjuntar los documentos que sustentan el reclamo.

.....  
Firma del solicitante

Sumilla: .....