



SOLICITUD DE DESISTIMIENTO DE ANULACIÓN DE TÍTULO DE CRÉDITO

Solicitud No. _____

(Lugar/día/mes/año)

Señores

**Director Provincial de _____
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

Presente.-

(nombres y apellidos), con cedula de ciudadanía/identidad No. _____, representante legal de la empresa/sujeto de protección _____ (Razón Social), con ubicación en: _____ (Provincia, ciudad, sector, calle principal, numeración, calle secundaria), de conformidad con los artículos 12 y 14 de la Ley Orgánica para el Fomento Productivo, Atracción de Inversiones, Generación de Empleo, Estabilidad y Equilibrio Fiscal, por encontrarme dentro de los plazos establecidos para el efecto, solicito a usted se sirva disponer a la unidad correspondiente, se deje sin efecto la petición de anulación de o los título(s) de crédito que detallo a continuación:

NUMERO DE TITULO DE CRÉDITO	NUMERO DE DOCUMENTO INGRESADO (GESTIÓN DOCUMENTAL)	FECHA DE SOLICITUD

Una vez generado el comprobante de pago, procederé en el plazo de vigencia del mismo, a cancelar la totalidad de la obligación adeudada.

Atentamente,

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

Razón Social: _____

Ruc, sucursal: _____

Correo electrónico: _____

- La información impresa es exclusivamente de interés del Representante Legal de la Empresa.
- Copia del nombramiento del representante legal o poder vigente (opcional).
- Esta solicitud no requiere de la firma de un abogado.
- Esta solicitud debe ser entregada en los módulos de Cartera y Coactiva.