



Nº

SOLICITUD DE CONVENIO DE PAGO

LUGAR	FECHA DE ELABORACION		
	DIA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL				NUMERO DE EMPRESA			
DEBIDAMENTE INSCRITA EN ESTA CIRCUNSCRIPCION				BAJO EL Nº		TOMO	DEL
APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL				CEDULA DE IDENTIDAD Nº			
DIRECCION				TELEFONO			

ME DIRIJO A USTEDES A FIN DE SOLICITAR LA SUSCRIPCION DE UN CONVENIO DE PAGO POR LA DEUDA QUE POR COTIZACIONES FACTURADAS TENGO CONTRAIDAS CON EL INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES DE LA ZONA DE:

	LA CUAL ASCIENDE A LA CANTIDAD DE:	Bs:
CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE:		

DICHO REQUERIMIENTO OBEDECE A:

NO OBSTANTE LO ANTERIOR EXPUESTO, LA EMPRESA TIENE SUFICIENTE CAPACIDAD ECONOMICA PARA RESPONDER AL INSTITUTO POR EL MONTO ADEUDADO, SIEMPRE QUE SE ME OTORQUE LA POSIBILIDAD DE CANCELAR CON UN APOORTE INICIAL A LA FIRMA DEL CONVENIO DE:

Bs.	SALDO DE:	EN:	FECHA			
Bs.	Bs.	MESES	A PARTIR DE	DIA	MES	AÑO

EN GRACIA QUE ESPERO EN:

A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DE _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARA USO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

OPINION DE LA UNIDAD DE COBRANZAS:

JEFE DE LA UNIDAD DE COBRANZAS	
APELLIDO Y NOMBRE	
FIRMA Y SELLO	

JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA	
APELLIDO Y NOMBRE	
FIRMA Y SELLO	

CONFORMADO POR LA DIRECCION DE COBRANZAS	RESOLUCION JUNTA DIRECTIVA					APROBADO () NEGADO ()
	Nº	ACTA Nº	FECHA			
FIRMA Y SELLO			DIA	MES	AÑO	

DOS/06.2004