



N°

SOLICITUD DE CONVENIO DE PAGO

LUGAR

FECHA DE ELABORACIÓN

DÍA MES AÑO

NOMBRE DEL EMPLEADOR, EMPLEADORA

NÚMERO PATRONAL

DEBIDAMENTE INSCRITA EN ESTA CIRCUNSCRIPCIÓN

BAJO EL N°

TOMO

DEL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL

CÉDULA DE IDENTIDAD N°

DIRECCIÓN

TELÉFONO

ME DIRIJO A USTEDES A FIN DE SOLICITAR LA SUSCRIPCIÓN 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 ECONÓMICA 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:

Bs.

MESES

A PARTIR DE

FECHA

DÍA

MES

AÑO

EN GRACIA QUE ESPERO EN:

A LOS

DÍAS DEL MES DE

DE

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARA USO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

OPINION DE LA SECCIÓN DE RECAUDACIÓN Y COBRANZAS:

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE RECAUDACIÓN Y COBRANZAS

JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

APELLIDO Y NOMBRE

APELLIDO Y NOMBRE

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

CONFORMADO POR LA DIRECCIÓN DE RECAUDACIÓN Y COBRANZAS

RESOLUCIÓN DE JUNTA DIRECTIVA

FIRMA Y SELLO

N°

ACTA N°

FECHA

DÍA

MES

AÑO

APROBADO NEGADO