**Quito D.M, 25 de abril de 2025**

Sr., Dr. Wagner Naranjo Salas

**RECTOR**

**ISTCRE**

De mis consideraciones.-

Yo, Escriba sus apellidos y nombres (primer apellido/segundo apellido /primer nombre/ segundo nombre) , Escriba su número de cédula o pasaporte , por medio del presente solicito, se me extienda la autorización para obtener un duplicado del comprobante de pago por Elija un elemento,por pérdida del mismo.

En virtud de lo solicitado informo que el pago fue realizado en la ciudad de Escriba el nombre de la ciudad donde realizó el pago, agencia Escriba el nombre de la agencia bancaria, el díaHaga clic aquí o pulse para escribir una fecha., a las Escriba la hora en la que fue realizado el pago, por el valor de USD Escriba el valor cancelado

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos

Número de documento de identificación

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico institucional

Correo electrónico de referencia

IMPORTANTE:

* Firma manuscrita (firme según su documento de identidad – cedula de ciudadanía / pasaporte)
* Imprima el documento, firme el documento y escanee – guarde el archivo en formato .pdf
* Envié los documentos al correo electrónico: contabilidad.inca@cruzrojainstituto.edu.ec
* Enviar al correo electrónico con el asunto: DUPLICADO DEL COMPROBANTE DE PAGO