**Solicitud de Suspensión de Procedimiento Administrativo de Cobro en aplicación de la Disposición Transitoria Cuarta de la Ley Orgánica de Eficiencia Económica y Generación de Empleo**

**Lugar y Fecha …………………………………………..**

**Sr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COORDINADOR/A ZONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN**

Presente. -

De mi consideración:

Yo ………………………………………………………............………………. (nombres y apellidos) en calidad de (deudor/ codeudor/ garante/ responsable solidario) …………………………… con cédula de ciudanía No. …………………………………….. del contrato de crédito educativo/beca Nro. ………………………………………… comparezco ante usted para solicitar la suspensión del procedimiento administrativo de cobro y otorgamiento del periodo de 12 meses de gracia conforme lo establecido en la disposición transitoria cuarta de la Ley Orgánica de Eficiencia Económica y Generación de Empleo publicada mediante Registro Oficial Suplemento No. 461 de fecha 20 de diciembre de 2023.

Adicionalmente, manifiesto mi compromiso de que, una vez cumplido dicho periodo de gracia, dentro del término de 150 días pagaré el DIEZ POR CIENTO (10%) del capital adeudado para acceder al beneficio de remisión de intereses, multas y recargos tal y como lo establece la Disposición Reformatoria Primera de la Ley Orgánica para el Fortalecimiento de las Actividades Turísticas y Fomento del Empleo que reforma la Disposición Transitoria Cuarta de la Ley Orgánica de Eficiencia Económica y Generación de Empleo.

Posteriores notificaciones las recibiré (mos) en mi correo electrónico …………………..…………………………; así como en las casillas electrónicas del deudor/codeudor/garante/responsable solidario ………………………………………………………..

*Declaro expresamente que conozco los términos y condiciones de Disposición Transitoria Cuarta de la Ley Orgánica de Eficiencia Económica y Generación de Empleo y demás normativas conexas, reformatorias y aplicables, así como las sanciones que conlleva su incumplimiento.*

*Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario es verídica y la comprobación de la falsedad de la misma, determina RESPONSABILIDAD LEGAL administrativa y penal. En caso de detectarse alguna anomalía se procederá a declarar nulo todo Acto Administrativo derivado de este documento.*

*Adicionalmente me comprometo, en caso de cambiar mi número de contacto y/o casilla electrónica a notificarlo a la SENESCYT para que proceda con la actualización de mi información.*

**Nombre:**

**Cédula:**

**Firma :** **------------------------------------------------------------**