



## SOLICITUD DE MEDIACIÓN

LUGAR:

FECHA:

Doctora

Ximena Baño

**Directora del Centro de Mediación del Gobierno de Pichincha**

Presente.-

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO DE MEDIACIÓN	
Apellidos y Nombres:	
CC/CI/RUC	
Ocupación / Profesión:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Parroquia:	Cantón:

**Solicito se convoque a un proceso de Mediación a:**

DATOS DE LA PERSONA INVITADA	
Apellidos y Nombres:	
Dirección:	
Teléfonos	
Correo electrónico:	
Parroquia:	Cantón

**Para resolver el siguiente conflicto:**

---

---

---

**CUANTÍA:** \_\_\_\_\_

Atentamente,

CC/CI:

Adj. Copia de \_\_\_\_\_

Por favor enviar esta solicitud escaneada al correo electrónico:

[centromediacion@pichincha.gob.ec](mailto:centromediacion@pichincha.gob.ec)

ó comunicarse al teléfono: 2282668 (Quito)