

## SOLICITUD DE ARREGLO DE PAGO

Señores(as) Junta Directiva:

Yo \_\_\_\_\_  
Cédula No. \_\_\_\_\_ Código No. \_\_\_\_\_  
mediante la presente solicito un arreglo de pago para cancelar las cuotas mensuales y otros cargos  
pendientes y que corresponden a los siguientes meses y conceptos:

\_\_\_\_\_

La razón de esta solicitud obedece a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adjunto los siguientes documentos (si la situación los amerita):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

### **Forma de pago**

1. ( ) Un abono inicial de ¢ \_\_\_\_\_

**Para proceder con el trámite de arreglo de pago es OBLIGATORIO realizar al menos un abono inicial, del 50% del monto adeudado**

### **2. La cancelación del saldo restante la haré de la siguiente manera:**

- ( ) Un abono mensual consecutivo de ¢ \_\_\_\_\_ para abonar a la deuda actual
  - ( ) A partir del primer pago que reciba al iniciar a trabajar, depositaré en la cuenta del Colegio en el Banco \_\_\_\_\_ una **cuota adicional** cada mes.
  - ( ) A partir del primer pago que reciba al iniciar a trabajar, me presentaré a cancelar en las Instalaciones del Colegio, una **cuota adicional** cada mes.
  - ( ) Un solo pago por el monto total adeudado, que depositaré en la cuenta del Colegio en el Banco \_\_\_\_\_
  - ( ) Acogerme al rebajo por planilla a partir de \_\_\_\_\_
  - ( ) Otro. Explique.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firmo en San José, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y cédula de la persona colegiada**

**Para realizar el trámite debe firmar y enviar por fax o escaneado este formulario. No es válido sin la firma respectiva**