

**CONSTANCIA DE ACEPTACION DE PLAN DE PAGO PARA CANCELACIÓN DE DEUDA**



San Carlos de Bariloche, ..... /...../.....

**COLEGIO DE PSICOLOGOS DE LA ZONA ANDINA.  
JOHN O'CONNOR 234 PB "B", 8400.  
SAN CARLOS DE BARILOCHE, RIO NEGRO.**

AT: COMISIÓN DIRECTIVA

REF: CONSTANCIA DE ACEPTACION DE PLAN DE PAGO PARA CANCELACIÓN DE DEUDA.

De mi consideración,

El/la que suscribe, Lic. ...., DNI: .....  
Matrícula ....., he realizado con fecha ...../...../..... una solicitud de plan de pago para cancelación de mi deuda, a la secretaría administrativa a través de un correo electrónico. Dicho sector me informó lo siguiente:

- Última cuota paga: mes de ..... del año .....
- N° de cuotas mensuales de colegiatura adeudadas: .....
- Valor actual de la cuota mensual de colegiatura: \$ .....
- Importe total de deuda incluidos los intereses: \$ .....

Habiendo sido informado/a de los planes de pago vigentes, aprobados por la Comisión Directiva del Colegio de Psicólogos de la Zona Andina, he optado por:  
(Tildar la elegida)

- OPCION 1: El importe total de deuda más un 5% de interés. Debe ser cancelado en 3 pagos fijos mensuales y consecutivos de \$..... cada uno, antes del 20 de cada mes.
- OPCION 2: El importe total de deuda más un 10% de interés. Debe ser cancelado en 6 pagos fijos mensuales y consecutivos de \$..... cada uno, antes del 20 de cada mes.

**CONSTANCIA DE ACEPTACION DE PLAN DE PAGO PARA CANCELACIÓN DE DEUDA**



**Tomo el compromiso y acepto realizar el pago de mi deuda para con el Colegio en las formas detalladas anteriormente, abonando la primera cuota en el mes de \_\_\_\_\_ del 2020. Asimismo, me comprometo a enviar el comprobante de pago a [colpsizonandina@gmail.com](mailto:colpsizonandina@gmail.com), y a abonar la cuota de colegiatura de cada mes en curso, para evitar el incremento de la deuda.**

**IMPORTANTE: En caso que el colegiado/a no pagase, o de no cumplir con los tiempos de pago (3 o 6 cuotas fijas mensuales y consecutivas pagaderas del 1 al 20 de cada mes) la deuda será recalculada automáticamente viéndose afectada por el incremento semestral de la cuota de colegiatura y/o por el interés por pago fuera de término del 4,5% mensual sobre las cuotas mensuales de colegiatura que no fuesen abonadas antes del 20 de cada mes.**

.....  
Profesional Solicitante  
Firma y sello

-----  
El registro del presente plan de pago de deuda queda asentado en el Acta de Reunión de Comisión Directiva N°...../..... con fecha ...../...../.....

.....  
Presidente

.....  
Tesorera