

**CARTA COMPROMISO DE PAGO**

**Curso de Actualización para Egresados de Maestrías**

 Lugar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

**Señores Universidad de San Martin de Porres:**

*Unidad de Posgrado FCCAAyRRHH*

Me comprometo a cumplir con el pago oportuno de los montos que correspondan por servicios educativos, matrícula y pensiones, así como con el cronograma de pagos generado, cuyo procedimiento declaro conocer y respetar.

De no cancelar en forma oportuna las cuotas de las pensiones, asumiré los gastos administrativos que se generen, de acuerdo a lo establecido por la Universidad de San Martin de Porres.

Tomo conocimiento que los datos consignados en este documento tienen valor de Declaración Jurada ante la Universidad de San Martin de Porres.

Agradezco su atención y solicito realizar mi registro formal.

**A T E N T A M E N T E**

 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Firma de aceptación del compromiso**