SOLICITUD LEVANTAMIENTO DE SUSPENSIÓN

Instrucciones: Descargue el formulario en su computadora, llénelo en Acrobat Reader DC. El formulario no se puede llenar a mano. No se aceptarán formularios sin el formato establecido.
Este documento deberá remitirlo digitalmente al correo: **gestiondecobro@colegiocienciaseconomicas.cr**

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre:

Cédula N°:

Dirección exacta domicilio:

Teléfono habitación: Celular:

Provincia: Cantón: Distrito:

Correo electrónico personal:

Para registros electorales del Colegio (votaciones) y trámites internos de la Institución, deseo inscribirme en la siguiente Sede Regional:

II. DATOS DEL TRABAJO:

Cuenta usted con trabajo: ***"si su respuesta es si debe llenar la información siguiente"***

Lugar de trabajo:

Departamento:

Teléfono:

Correo laboral:

Dirección exacta del trabajo:

Provincia: Cantón: Distrito:

III. FORMA DE PAGO PARA EL LEVANTAMIENTO DE SUSPENSIÓN:

Seleccione una de las siguientes opciones, para realizar el pago del monto adeudado, por concepto de cuotas de la colegiatura:

- ☐ Pago total (un solo rubro)
- ☐ Arreglo de pago a 3 meses
- ☐ Arreglo de pago a 6 meses

Nota:

1. El Arreglo de pago le permitirá pagar el monto total adeudado de las cuotas de la colegiatura, en un plazo de 3 o 6 meses (según la forma elegida).
2. Los funcionarios del departamento de Cobros le contactarán por correo para coordinar el pago indicado en el punto anterior.
3. Aparte del arreglo de pago escogido, el colegiado deberá cancelar mensualmente la cuota de colegiatura

IV. FORMA DE PAGO DE LA CUOTA DE COLEGIATURA

Seleccione una de las siguientes opciones, para realizar el pago de la cuota mensual (rige a partir de la aprobación de la solicitud)

PAGO DE LA MENSUALIDAD:

V. BENEFICIO POR FALLECIMIENTO (OBLIGATORIO)

En el siguiente cuadro deberá incluir el beneficiario (a) que recibirá la indemnización que brinda el Colegio, misma que se encuentra incluida en la cuota mensual; este beneficio se entregará según el orden en que los establezca.
Por ejemplo: si el beneficiario que designó en primer lugar fallece, automáticamente se le hará entrega de la indemnización al siguiente beneficiario designado, en esta la lista.

Cuadro N°1 (En caso de fallecimiento del Colegiado)			
Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	N° de identificación

En el siguiente cuadro deberá incluir la información de su grupo familiar (cónyuge, conviviente, hijos menores de 18 años, hijos menores de 25 años que se encuentren estudiando y que no laboren de manera remunerada, hijos en condición de discapacidad independientemente de la edad, uno de los, padres del colegiado) a quienes en caso de fallecimiento, el Colegio le brinda una ayuda económica al asociado, la misma está incluida en la cuota mensual.

Cuadro N°2 (En caso de fallecimiento del Familiar)			
Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	N° de identificación

Firma: **Fecha:**

Declaro bajo fe de juramento, que he sido apercibido de las penas con que la Ley castiga el delito de falso testimonio; la información que se aporta en esta solicitud es cierta.