Señores

**Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios**

ATT: Coordinador(a) del Grupo de Gestión Administrativa de Cobro Coactivo

sspd@superservicios.gov.co

Bogotá D.C.

**Asunto**: Compromiso Unilateral de Pago a cargo de la empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con CC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de representante legal y/o apoderado de(l) (la) empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada(o) con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito la suscripción de una facilidad de pago para la satisfacción de la(s) siguiente/s obligación(es) a cargo de mi representada y a favor de esa Superintendencia en los siguientes términos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ítem** | **No. Obligación** | **Valor de Capital** | **Valor de intereses** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

**Insertar la cantidad de filas que requeridas**

|  |
| --- |
| **CONDICIONES PROPUESTAS PARA LA FACILIDAD DE PAGO** |
| PLAZO SOLICITADO (No. Cuotas < 8) |  |
| PERIODICIDAD DE LAS CUOTAS (Mensual-bimestral) |  |
| FECHA INICIO PAGOS |  |

Como muestra de la intención de pago, autorizo que los remanentes, títulos de depósito y saldos a favor que se encuentren en esa Superintendencia o llegaren a ser aportados con posterioridad y que tengan por beneficiario a mi representada, sean aplicados con cargo a las obligaciones objeto del compromiso de pago.

Cordialmente

REPRESENTANTE LEGAL Y/O APODERADO

CC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_