



## COMPROMISO DE PAGO

Quien suscribe: \_\_\_\_\_, titular de la C.I: \_\_\_\_\_,  
Representante del Alumno (a): \_\_\_\_\_, Grado ó  
Año \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_, **ME COMPROMETO** a colaborar los primeros cinco (5)  
días de cada mes con la cantidad de bolívares veintidós (**Bs. 22,00**) desde la Sala de  
cuatro (4) Años hasta el Tercer Año de Educación Media y bolívares veintisiete (**Bs.  
27,00**) para los años 4º, 5º y 6º de Laboratorio Clínico por cada uno de los 12 meses  
(septiembre - agosto) del Periodo Escolar 2.013-2.014.

### Observaciones:

---

---

---

---

---

### Tomado del Manual de Convivencia de la Institución:

“**Son Deberes de los Representantes, Capítulo XI:** Cancelar, responsablemente los primeros cinco (5) días de cada mes, el aporte fijado en asamblea general y registrado en el acta, con el fin de garantizar las mejores condiciones para la educación de su representado”.

### EN SEÑAL DE CUMPLIR A CABALIDAD CON LO ANTES EXPUESTO, FIRMAN:

Representante:

---

Por el plantel: \_\_\_\_\_

Maracaibo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.013