



Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Anexo 1-C

CARTA DE COMPROMISO DE PAGO

Lima, ____ de _____ del 20__

LIC. T.M. CARLOS ALFREDO SÁNCHEZ RAFAEL
Decano del Colegio Tecnólogo Médico del Perú
Presente. -

Por medio de la presente, yo, _____

identificado con D.N.I N° _____ con domicilio en _____

_____ ; me comprometo a realizar el pago correspondiente por el

concepto de **"Pago de aportaciones vencidas"**, de acuerdo a la liquidación del Área de Tesorería del

CTMP.

FIRMA

DNI N° _____