

Fecha

Afiliado Nro. _____

FACILIDADES DE PAGO - Ley 19.917

Nombre _____
Documento _____
Profesión _____
Domicilio constituido (a todos los efectos legales) _____
Localidad _____ Departamento _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____

Solicita ampararse al régimen referido en el título de este documento, el cual declara conocer, a los efectos de cancelar la deuda mantenida con la Caja de Jubilaciones y Pensiones Profesionales Universitarios por los siguientes conceptos:

Informe de la deuda

Período de deuda: _____

Monto total deuda actualizada \$ _____

Pago al contado \$ _____

Se compromete a abonar el monto total al financiar en _____ cuotas mensuales, venciendo la primera el _____

Conjuntamente con las cuotas del convenio deberán cumplirse las obligaciones corrientes, dentro de los plazos previstos.

Se deja constancia que:

- **Las cuotas están sujetas a la actualización señalada en el texto del régimen al cual se amparó el solicitante.**
- La suscripción de las presentes facilidades de pago implica el reconocimiento del período y monto adeudado que surgen del detalle previamente establecido.
- El incumplimiento de pago de las cuotas convenidas dentro del plazo establecido, determinará la aplicación de la mora prevista en el art. 94 del Código Tributario.
- La falta de pago de cuotas vencidas del convenio por tres meses consecutivos, determinará la caducidad de este convenio, haciendo exigible la totalidad de lo adeudado, con multas y recargos previstos en el art. 94 del Código Tributario a la fecha de pago.
- El presente convenio no incluye el Fondo de Solidaridad Universitario ni su Adicional (Leyes 16.524, 17.296 y 19.355, y Decreto N° 10/2017) .
- **El/la titular no podrá acceder al goce de la jubilación, no generará haberes pensionarios (Art. 118 Ley 17.738), ni podrá acogerse a un nuevo convenio de facilidades sin que previamente cancele en forma total el presente convenio.**

Firma del afiliado

C.I.