Ciudad y fecha

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: Solicitud de Acuerdo de Pago.

YO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con CC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de representante legal y/o apoderado de(l) (la) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 |  |  |  |

**Insertar la cantidad de filas que requeridas**

|  |
| --- |
| **CONDICIONES PROPUESTAS PARA LA FACILIDAD DE PAGO** |
| PLAZO SOLICITADO (No. Cuotas) |  |
| PERIODICIDAD DE LAS CUOTAS (Mensual-bimestral-trimestral) |  |
| FECHA INICIO PAGOS |  |
| VALOR INICIAL (20% o 30% cuando aplique para levantar medidas cautelares) |  |
| **CRITERIOS Y GARANTIAS OFRECIDAS (para facilidades superiores a 12 meses)** |
| DECRIPCIÓN DE GARANTIAS (Mayor de un (1) año, máximo Art. 814 Estatuto Tributario) | ADJUNTAR DOCUMENTO. Una de las siguientes garantías de las establecidas en el Código Civil, el Código de Comercio o el Estatuto Tributario Nacional: a) Garantía de compañía de seguros b) Garantía bancaria c) Garantía fiduciaria d) Garantía real. |

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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_