



**COMPROMISO DE PAGO SERVICIO DE ORTODONCIA**  
**Módulo de Prestación Global**

-----El/la que suscribe.....L.C./L.E./D.N.I.Nº.....  
afiliado N°....., agente titular/designado al...../...../..... de la Facultad/Istituto.....  
con una antigüedad de.....años, constituyendo domicilio real en..... de  
la ciudad de..... por este acto se compromete a abonar al I.S.S.U.N.N.E. la suma de  
\$...... (Pesos:.....) pagaderos en.....cuotas iguales y  
consecutivas de \$......por el tratamiento de ortodoncia realizado a  
su.....también afiliado al I.S.U.N.N.E.-

-----**AUTORIZO a que el compromiso que por la presente se asume me sea descontado  
paralelamente al recupero establecido por Resoluciones N° 349C.A./92; 364C.A./93;  
366C.A./93 y 492C.A./95**, conforme a las reglamentaciones vigentes al efecto. Asimismo  
declaro bajo juramento que sobre mis haberes NO PESAN, NI SE HALLAN EN TRAMITE  
EMBARGOS O INHIBICIONES de ninguna naturaleza.-

-----Para el caso de ser insuficiente el límite de crédito ó se produzca la finalización de la relación  
laboral con la Universidad Nacional del Nordeste, **PAGARE** la suma arriba estipulada y en las  
condiciones establecida **directamente en la Tesorería o Terminal de Pagos Electronicos del  
I.S.S.U.N.E. antes del día.....de cada mes**; por lo cual **propongo como fiador solidario** al  
agente titular de la

Facultad/Istituto.....señor/a.....  
M.I.Nº.....afiliado N°.....quién a tal efecto constituye domicilio legal en  
.....de la ciudad de.....y que  
de conformidad firma el presente conjuntamente con el suscripto dejando constancia que son de su  
pleno conocimiento el compromiso asumido y las reglamentaciones vigentes .-

-----**Declaro conocer y aceptar que a) antes eventuales roturas de los elementos** utilizados  
durante el tratamiento (brackets, placas, etc. ) y de corresponder conforme al informe técnico de la  
ortodoncista, el **costo de la reposición** de los mismos, serán **a mi cargo**. **b) La ausencia  
injustificada** de dos (2) meses consecutivos del paciente dará lugar a la finalización del tratamiento  
por abandono, deslindando la Institución su responsabilidad ante el fracaso del mismo, **c) Los  
gastos de reparación de aparatología fija y removible no están incluidos** en el **costo total del  
tratamiento** y sus valores están sujetos a lo facturado por el mecánico dental, **d) los brackets  
estéticos** serán abonados en la terminal electrónica de pagos del I.S.S.U.N.N.E. por pago directo, **e)**

**Recibo instructivo escrito** sobre manejo y cuidados de la aparatología.- -----Asimismo  
manifiesto mi expresa conformidad para que en el caso de que la deuda contraída deba ser objeto  
de cobro judicial se utilice el procedimiento del juicio ejecutivo establecido por el C.P.C.C.N.;  
sometiéndome a la jurisdicción del juzgado federal con asiento en la ciudad de Corrientes;  
constituyendo mi domicilio legal en el declarado precedentemente, en el que serán válidas todas  
las notificaciones y/o intimaciones que el I.S.S.U.N.N.E. efectúe con motivo del presente  
documento.-



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

**30 años**

De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

-----Suscribo el presente ante funcionario/s competente/s quién/es certifica/n la autenticidad del mismo y a tal efecto lo suscribe/n en original y tres copias (original y duplicado para el ISSUNNE, triplicado para el suscripto y cuadruplicado para el fiador solidario).Conjuntamente lo hace el Sr..... M.I.N°.....en carácter de fiador solidario, quién se responsabiliza en forma directa del fiel cumplimiento de todas las obligaciones emergentes del presente documento y presta su total conformidad para que en caso de que el suscripto por cualquier causal no abonara en el tiempo y forma establecido precedentemente las cuotas respectivas, las mismas le sean retenidas mensualmente de sus haberes hasta su cancelación total.Asimismo declara bajo juramento que a la fecha **NO PESAN NI SE HALLAN EN TRAMITE EMBARGOS E INHIBICIONES** de naturaleza alguna que puedan afectar sus remuneraciones.-

-----A los efectos consignados precedentemente se firma el presente en la ciudad de .....a los .....días del mes de .....de .....

.....  
Firma Afiliado

.....  
Firma Garante Solidario

Aclaración:.....  
D.N.I.N°.....  
Afiliado N° .....  
Domicilio:.....  
Teléfono:.....

Aclaración:.....  
D.N.I.N°.....  
Afiliado N° .....  
Domicilio:.....  
Teléfono:.....

-----Dejo constancia que los datos de afiliación consignados en el presente documento son correctos.-

VTO. SOLIC.....

VTO. GTE.....

Dpto. Registros, Clasificaciones y Cómputos,.....de.....de.....

.....