

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**Formulario Para Solicitar:  
Pago De Matrícula a Plazos

1. Unidad Institucional \_\_\_\_\_

2. Núm. Control \_\_\_\_\_  
(Uso Oficial)

3. Apellidos, Nombre:		4. Núm. Estudiante:		5. Número(s) Teléfono(s):	
6. Estudiante: <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cuatrimestre <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> 1ro <input type="checkbox"/> 2do <input type="checkbox"/> 3ro <input type="checkbox"/> 4to					
7. Dirección Postal:			8. Dirección Residencial o de un Familiar Cercano:		
9. Facultad:	10. Año de Estudio:	11. Concentración:	12. Nivel de Estudios: <input type="checkbox"/> Subgraduado <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Transitorio		
13. Núm. Créditos Solicitados:	14. Fecha en que espera graduarse:		15. Estatus Económico: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Empleado (Lugar de Empleo) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desempleado		
16. ¿Recibe usted beneficio de Asistencia Económica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			18. ¿Ha solicitado prórroga anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
17. ¿Cumple con progreso académico satisfactorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
19. Explique las razones para solicitar el plan de pagos a plazos:					
20. La Oficina de Recaudaciones de la Unidad Institucional certifica que en el sistema electrónico no se refleja deuda del solicitante por servicios requeridos durante el año académico anterior, al momento de solicitar esta prórroga. Además certifica que, en ocasiones anteriores, el solicitante cumplió con los pagos de prórroga o servicios en las fechas establecidas.					
_____			_____		
Recaudador Oficial o Recaudador Auxiliar			Fecha		
21. Se le concede prórroga de: <input type="checkbox"/> Matrícula <input type="checkbox"/> 1 plazo <input type="checkbox"/> 2 plazos <input type="checkbox"/> 3 plazos <input type="checkbox"/> 4 plazos <input type="checkbox"/> 5 plazos					
22. CERTIFICO que la información es cierta, correcta y completa. NO tengo objeción alguna a que hagan las investigaciones pertinentes para verificarla y acepto la(s) sanción(es) que la Universidad de Puerto Rico estime pertinente imponerme si se descubre que la misma es falsa.					
Solicito se me difiera el pago relacionado a los costos de matrícula. <b>ME COMPROMETO A PAGAR LAS CUOTAS ESPECIALES</b> (de plan médico, si aplica, facilidades físicas y tecnologías entre otras) al momento de matricularme. La cantidad diferida la pagaré en los plazos indicados, de acuerdo con el plan de pagos establecidos. Cualquier plazo pagado tardíamente conllevará el pago adicional de los recargos aplicables.					
El Incumplimiento de este compromiso me convierte en DEUDOR y quede sujeto a la disposiciones del Artículo 6 de la Certificación del Consejo de Educación Superior número 101, Serie 2000-01, según enmendada por la Certificación Núm. 51, Serie 2005-2006, y me veré privado de los servicios que ofrece la Universidad de Puerto Rico.					
_____			_____		
Firma del Estudiante			Fecha		
23. RECOMENDACIÓN: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable					
24. AUTORIZADO POR:					
_____			_____		
Firma del Funcionario			Fecha		
25. El estudiante presentará este documento en la Oficina _____ en o antes del _____ de _____ de 2_____ para que aparezca reflejada en su factura de prórroga					

Nombre:

Núm. Estudiante:

---

## ADDENDUM DOCUMENTO PRÓRROGA

### **CERTIFICO:**

Que la información es cierta, correcta y completa, no tengo objeción alguna a que se hagan las investigaciones pertinentes para verificarla y acepto la(s) sanción(es) que la Universidad de Puerto Rico estime pertinente imponerme si se descubre que la misma es falsa.

Que no dispongo de los recursos económicos necesarios para efectuar el pago del costo de mi matrícula, por lo que solicito que se me difiera parte del pago total del costo de los créditos. **ME COMPROMETO A PAGAR LAS CUOTAS REGULARES Y ESPECIALES**, incluyendo el plan médico (si aplica) al momento de matricularme. La cantidad diferida la pagaré en \_\_\_\_\_ plazos iguales no más tarde del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ de acuerdo al plan de pagos establecidos, según lo dispone el Procedimiento Especial para Pago de Matrícula a Plazos establecido por el Presidente de la Universidad de Puerto Rico. Cualquier plazo pagado tardíamente conllevará el pago adicional de \$3 por crédito.

Acepto y quedo obligado como parte deudora a pagar el 30% del balance impagado de la matrícula por concepto de gastos por gestiones de cobro y honorarios de abogados si la deuda es referida a un abogado externo o agencia de cobro para recuperar el balance de esta deuda

Autorizo al Recinto de Ciencias Médicas a descontar el balance pendiente de pago de mi matrícula de cualquier ayuda económica que se me otorgue. Me comprometo también a que de aprobármese un préstamo bancario para cubrir mis costos de estudio, endosaré el cheque del préstamo para el pago de mi matrícula y el Recinto de Ciencias Médicas se compromete a reembolsarme cualquier sobrante que resulte del pago.

El incumplimiento de este compromiso me convierte en **DEUDOR**, por lo que me veré privado de los servicios que ofrece la Universidad de Puerto Rico.

---

Firma del Estudiante

---

Fecha



Oficina  
Decano/a de  
Estudiantes

Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Ciencias Médicas

Sra. Sharon Bilbraut  
Supervisora  
Oficina de Recaudaciones  
Recinto de Ciencias Médicas

Rosa M. Vélez Meléndez, MS  
Decana de Estudiantes Interina

### PRORROGA EXTRAORDINARIA

Por la presente solicito se autorice una prórroga extraordinaria para el(la) estudiante \_\_\_\_\_, Núm. Estudiante \_\_\_\_\_ del Programa de \_\_\_\_\_. El (la) estudiante tiene en trámite una solicitud de préstamo federal (Stafford) para el año académico 2017-2018.

El(la) estudiante pagará el balance de la matrícula una vez reciba su préstamo. Si éste no es aprobado, el(la) estudiante se hace responsable de pagar las deudas contraídas por concepto de matrícula.

**Dirección:**

PO BOX 365067  
SAN JUAN PR  
OO936-5067

**Teléfonos:**

787-751-3284  
787-758-2525  
Exts. 5203, 5204

**Fax:**

787-282-7117

Muchas gracias por su acostumbrada atención a estos asuntos.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

/shs

**UPR**

---

Fecha

Sra. Yolanda I. Quiñones Piña  
Directora  
Departamento de Finanzas

Estimada señora Quiñones:

Yo, \_\_\_\_\_, número de estudiante \_\_\_\_\_, tengo pendiente de recibir Préstamo Federal, conforme a la notificación de la Oficina de Asistencia Económica para el pago de la matrícula el año 20\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ en la Escuela de \_\_\_\_\_.

Me comprometo con el Recinto de Ciencias Médicas, a cubrir mi deuda de matrícula básica en dos plazos iguales. Por lo tanto, autorizo a que se deduzca del primer desembolso del préstamo lo correspondiente al primer plazo y el segundo plazo son deducidos del segundo desembolso como corresponde. De emitirse cheque de préstamo endosaré ambos cheques para que me descuenta la deuda correspondiente. Luego que se realicen las debidas deducciones con las cuales salde mi deuda con el Recinto, si hubiese un sobrante del monto total del préstamo, el mismo me será reembolsado.

Me comprometo pagar al momento de la matrícula los costos de Cuota de Construcción, Servicios Médicos, Diploma y Laboratorio, dejando pendiente los costos de matrícula básica, los cuales se cobrarán como se estipula en el párrafo anterior.

De no aprobarse el préstamo solicitado, me comprometo a pagar mi deuda al Recinto de Ciencias Médicas, en las fechas establecidas en el documento de prórroga.

Acepto conforme,

---

Firma del Estudiante

Original: Oficina de Cobros y Reclamaciones  
Copia: Oficina de Recaudaciones