

## Hoja de Instrucciones para completar documento de Prórroga Ordinaria

1. Complete la Solicitud de Prórroga en todas sus partes.
2. En la hoja *Addendum Documento Prórroga*, en el encasillado de cantidad de plazos debe indicar la misma cantidad que indicó en la pregunta #21 de la Solicitud de Prórroga.
3. Envíe electrónicamente la solicitud de prórroga debidamente completada a la Oficina de Recaudaciones seleccionando la dirección de correo que corresponda según la escuela en la que cursa estudios:

[prorroga\\_medicina.rcm@upr.edu](mailto:prorroga_medicina.rcm@upr.edu)

[prorroga\\_medicinadental.rcm@upr.edu](mailto:prorroga_medicinadental.rcm@upr.edu)

[prorroga\\_enfermeria.rcm@upr.edu](mailto:prorroga_enfermeria.rcm@upr.edu)

[prorroga\\_farmacia.rcm@upr.edu](mailto:prorroga_farmacia.rcm@upr.edu)

[prorroga\\_eps.rcm@upr.edu](mailto:prorroga_eps.rcm@upr.edu)

[prorroga\\_saludpublica.rcm@upr.edu](mailto:prorroga_saludpublica.rcm@upr.edu)

### Notas Importantes:

- Este documento es originado por la Oficina de Cobros y Reclamaciones y procesado en la Oficina de Recaudaciones, por lo que de tener alguna duda o pregunta comuníquese con el personal de dichas oficinas para que sean aclaradas.
- Estudiantes que soliciten Préstamo Estudiantil Federal y deseen acogerse a Prórroga Extraordinaria, la misma le será enviada por su Oficial de Asistencia Económica vía correo electrónico.

**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			17. ¿Cumple con progreso académico satisfactorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
17. ¿Cumple con progreso académico satisfactorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			18. ¿Ha solicitado prórroga anteriormente? <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.					
_____			_____		
Firmado Electrónicamente			Fecha		
Firma del Estudiante			Fecha		
23. RECOMENDACIÓN: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable					
24. AUTORIZADO POR: María Hernández Maldonado, PhD _____                      _____ Firma Electrónica                      Fecha Firma del Funcionario					
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.

---

Firmado Electrónicamente  
Firma del Estudiante

---

Fecha