

Hoja de Instrucciones para completar documento de Prórroga Ordinaria

1. Complete la Solicitud de Prórroga en todas sus partes.
2. 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
prorroga_medicinadental.rcm@upr.edu
prorroga_enfermeria.rcm@upr.edu
prorroga_farmacia.rcm@upr.edu
prorroga_eps.rcm@upr.edu
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.

Para dudas o preguntas se puede cominicar al:

787-758-2525 ext. 1207, 2662, 1229.

Recinto de Ciencias Médicas

1. Unidad Institucional _____

2. Núm. Control _____
(Uso Oficial)

3. Apellidos, Nombre:	4. Núm. Estudiante:	5. Email Institucional: @upr.edu	
6. Sesión Académica: <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestre	8. Fecha de nacimiento: / / M D AÑO	9. Licencia de Conducir:	10. Núm.(s) Teléfono(s):
7. Año que va a cursar: <input type="checkbox"/> 1ro <input type="checkbox"/> 2do <input type="checkbox"/> 3ro <input type="checkbox"/> 4to			

11. Dirección Postal:	12. Dirección Residencial o de un Familiar Cercano:
-----------------------	---

13. Programa de Estudio	14. Nivel de Estudios: <input type="checkbox"/> Subgraduado <input type="checkbox"/> Graduado
-------------------------	---

15. Núm. Créditos a Matricular:	16. Estatus Económico: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente
---------------------------------	---

17. 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

18. Seleccione la cantidad de plazos que desee solicitar:

2 plazo 3 plazos 4 plazos 5 plazos

19. CERTIFICO que la información es cierta, correcta y completa. No tengo objeción alguna a que se hagan las investigaciones pertinentes para verificarlas y acepto la(s) sanción(es) que la Universidad de Puerto Rico estime pertinente imponer si se descubre que la misma es falsa.

Solicito se difiera el pago total del costo de los créditos y se autoricen pagos a plazos. Cualquier plazo pagado tardíamente conllevará recargos según apliquen. **ME COMPROMETO A PAGAR LAS CUOTAS REGULARES** y el Plan Médico si aplica, al momento del pago de matrícula.

Acepto y quedo obligado a pagar el 30% del balance impagado de la matrícula por concepto de gastos de cobranza si la deuda es referida a un abogado o agencia de cobro; y del caso ser referido para acción judicial, me obligo a pagar además el 30% del balance adeudado, por concepto de honorarios de abogado.

Autorizo a la Oficina de Asistencia Económica del RCM, a descontar el balance pendiente de pago de matrícula de cualquier ayuda económica que se me otorgue. Me comprometo a que, de aprobármelo un préstamo estudiantil en alguna agencia privada para cubrir los costos de estudios, endosaré el cheque emitido a mi nombre para que se cobre la deuda de matrícula existente. De generarse algún sobrante luego del pago de matrícula, el mismo me será reembolsado por la Oficina de Recaudaciones.

El incumplimiento de este compromiso me convierte en **DEUDOR** y quedo sujeto a las 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, por lo que se advierte que se me privará de los servicios que ofrece la **Universidad de Puerto Rico**.

Firmar Electrónicamente Fecha
Firma del Estudiante

20. Autorizado por:

Iris W. Cátala Torres, Psy.D, MRC, CRC

Firmado Electrónicamente Fecha
Firma del funcionario

21. El estudiante enviará este documento desde su correo electrónico institucional a la Oficina de Recaudaciones; mediante la dirección de correo electrónico que aplique:

prorroga_medicina.rcm@upr.edu	prorroga_farmacia.rcm@upr.edu	prorroga_saludpublica.rcm@upr.edu
prorroga_medicinadental.rcm@upr.edu	prorroga_eps.rcm@upr.edu	prorroga_enfermeria.rcm@upr.edu