



RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS • DECANATO DE ADMINISTRACIÓN  
DEANSHIP OF ADMINISTRATION • MEDICAL SCIENCES CAMPUS  
OFICINA DE COBROS Y RECLAMACIONES

Departamento  
de Finanzas  
Finance Department

\_\_\_\_\_  
Fecha

Sra. Maribel Hernández  
Directora Interina  
Departamento de Finanzas

Estimado señora Hernández:

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

Me comprometo con el Recinto de Ciencias Médicas a pagarle lo que yo adeude  
en dos plazos iguales. El primer plazo se pagará del primer cheque de dicho  
préstamo y el segundo plazo se pagará del segundo cheque del préstamo. Por tal  
motivo, les endosaré los dos cheques antes mencionados. Entiendo que el  
Recinto de Ciencias Médicas me devolverá cualquier remanente luego de saldar  
mi deuda.

Me comprometo pagar al momento de la matrícula los costos de Cuota de  
Construcción, Servicios Médicos, Diploma y Laboratorios, dejando pendiente los  
costos de matrícula básica, los cuales 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.

Dirección/Address:

PO Box 365067  
San Juan, PR  
00936-5067

Teléfono/Phone:

787-758-2525  
Ext. 1226, 1227

Fax:  
787-753-5914

Acepto conforme,

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

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

MH/men

