



**UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO**  
Oficina de Registraduría

**INTER AMERICAN UNIVERSITY OF PUERTO RICO**  
Office of the Registrar

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

CERTIFICATION REQUEST

**POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO. / PLEASE READ THE INSTRUCTIONS BEFORE COMPLETING THIS FORM.**

Número de Identificación: <i>Identification Number</i>	Nombre y Apellidos: / <i>First Name, Father's Surname, Mother's Maiden Surname</i>	Recinto o Unidad Académica: <i>Campus</i>
---	--	--

Nivel de estudios a certificar: *Level of studies to be certified:*

<input type="checkbox"/> Certificados Técnicos <i>Technical Certificates</i>	<input type="checkbox"/> Nivel Subgraduado (Asociado y Bachillerato) <i>Undergraduate Level (Associate and Bachelors)</i>	<input type="checkbox"/> Nivel Profesional <i>Professional Level</i>	<input type="checkbox"/> Nivel Graduado (Maestría) <i>Graduate Level (Masters)</i>	<input type="checkbox"/> Nivel Graduado (Doctorado) <i>Graduate Level (Doctoral)</i>
---	--	---	---	---

Certificación de: *Certification of:*

<input type="checkbox"/> Matrícula o Estudios <i>Registration or Studies</i>	<input type="checkbox"/> Notas <i>Grades</i>	<input type="checkbox"/> Graduación <i>Graduation</i>	<input type="checkbox"/> Otros (Indique) _____ <i>Other (Indicate)</i>
---	---	--	---

Término Académico de Certificación / <i>Academic Term of Certification</i>		Propósito de la Certificación / <i>Purpose of the Certification</i>	
<input type="checkbox"/> agosto (Intensivo) <i>August (Intensive)</i>	<input type="checkbox"/> enero (Intensivo) <i>January (Intensive)</i>	<input type="checkbox"/> Plan Médico <i>Medical Plan</i>	<input type="checkbox"/> Departamento de Hacienda <i>Department of the Treasury</i>
<input type="checkbox"/> agosto a diciembre <i>August to December</i>	<input type="checkbox"/> enero a mayo <i>January to May</i>	<input type="checkbox"/> Trabajo <i>Work</i>	<input type="checkbox"/> Programa de desempleo <i>Unemployment Program</i>
<input type="checkbox"/> agosto a octubre <i>August to October</i>	<input type="checkbox"/> enero a marzo <i>January to March</i>	<input type="checkbox"/> Préstamo estudiantil <i>Student Loan</i>	<input type="checkbox"/> Otros <i>Other</i>
<input type="checkbox"/> octubre a diciembre <i>October to December</i>	<input type="checkbox"/> marzo a mayo <i>March to May</i>		
<input type="checkbox"/> noviembre a febrero <i>November to February</i>	<input type="checkbox"/> febrero a mayo <i>February to May</i>		
<input type="checkbox"/> verano (junio) <i>Summer (June)</i>	<input type="checkbox"/> verano (julio) <i>Summer (July)</i>		

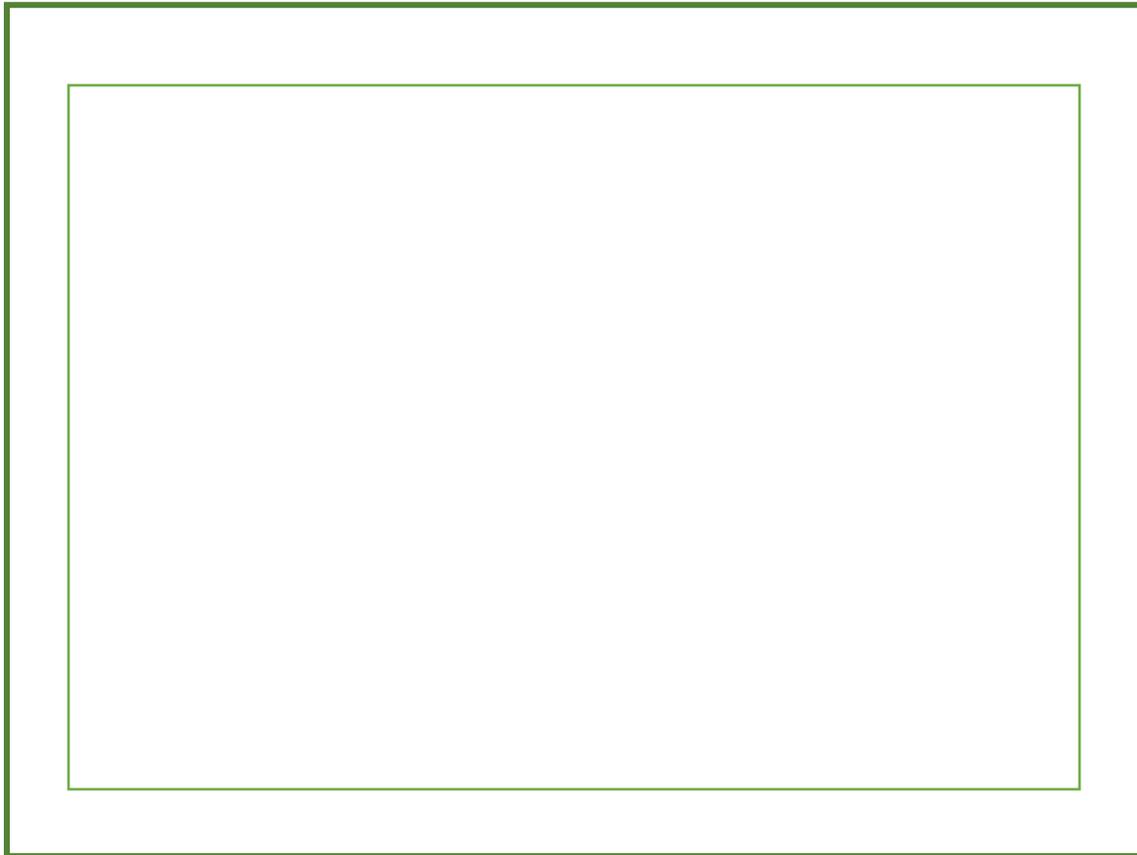
Comentarios: / <i>Comments:</i>	<input type="checkbox"/> Enviar a la siguiente dirección: <i>Send to the following address</i>
---------------------------------	---

Fecha: / <i>Date</i>	Firma del Estudiante: / <i>Student's Signature</i>	Teléfono: / <i>Telephone</i>	Correo Electrónico: / <i>Email</i>
----------------------	--	------------------------------	------------------------------------

### INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS

- Este Formulario se utiliza para solicitar la certificación de información académica que contiene el expediente académico del estudiante en la Oficina de Registraduría. / *This form is used to request the certification of academic information included in the student's academic record in the Office of the Registrar.*
- La certificación no incluye información sobre aspectos financieros o de asistencia económica. / *The certification does not include financial or financial aid information.*
- De ser necesario, use el espacio de comentarios para ofrecer detalles sobre el contenido de la certificación que está solicitando. / *If necessary, use the comments box to give details on the content of the certification you are requesting.*
- Entregue la solicitud en la Oficina de Registraduría. / *Submit this request to the Office of the Registrar.*

**Presione el siguiente encasillando para  
incluir la copia de su identificación:**



Esta información será utilizada única y exclusivamente por las oficinas de Recaudaciones y Registraduría.



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA  
RECINTO DE PONCE  
OFICINA DE RECAUDACIONES

## Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito

### Información de la Tarjeta de Crédito:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Tipo de Tarjeta:         \_\_\_\_\_ (Security Code)

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_  
Mes Año

Firma del dueño de la tarjeta: \_\_\_\_\_

**\*Favor incluir identificación con foto si usted NO es el estudiante al cual se acreditará el pago\***

**Autorizo a la Universidad Interamericana de Ponce, a realizar el débito correspondiente a mi tarjeta de crédito por concepto de:** \_\_\_\_\_

### Información del estudiante al que se acreditaría el pago.

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Número de Estudiante: \_\_\_\_\_

**Debe completar y firmar el documento antes de enviarlo a:** [recaudaciones@ponce.inter.edu](mailto:recaudaciones@ponce.inter.edu)

*\*El servicio solicitado estará sujeto a la aprobación de su pago.*