



**Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Comisionado de Instituciones Financieras**

CERTIFICACION DE EVIDENCIA DE MATRICULA

Certifico que el día ___ de _____ de _____ el/la señor/a _____,
seguro social _____, matriculó en nuestro () CENTRO DE CUIDADO DIURNO DE
NIÑOS () ó INSTITUCION EDUCATIVA al/a la niño/a _____,
cuya fecha de nacimiento es el día _____ de _____ de _____ y tiene _____ años.

El/La señor/a _____ pagará la cantidad de \$ _____.

Certifico, además, que el centro o institución educativa () RECIBE () NO RECIBE ayuda económica de otras agencias gubernamentales estatales, federales o empresas por este concepto.

Nombre del Centro/Institución

Seguro Social Patronal

Número de Licencia

Fecha de Expiración de la Licencia

Dirección Física

Teléfono

Nombre Directora/a del Centro/Institución

Fecha

Firma Director/a

Certifico que la información antes ofrecida es cierta, verídica y correcta y que de no ser así, será causa suficiente para ser inelegible de participar en el Programa de Cuido de Niños.

Firma del empleado

Fecha