

	REQUERIMIENTO DE PAGO	ING-FOR-01
	INGRESOS	

Fecha de envío día/mes/año

DATOS DEL ALUMNO

Nombre	<u>LAURA CAMILA ORTEGA ALFONZO</u>	Matricula	<u>409420196</u>
Carrera	<u>NUTRICION</u>	Semestre o Cuatrimestre	<u>7°</u>
Modalidad	<u>ESCOLAR</u>	Nomenclatura del grupo	<u>LNU17EMC0120-A</u>

ADEUDO

No	Concepto	Cantidad
1	REINSCRIPCION	\$ 950.00
2		
3		
4		
5		
6		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
Total		\$ 950.00

Que tiene fecha limite de pago 15 DE SEPTIEMBRE o para la firma de un Convenio con fecha 16 DE SEPTIEMBRE de lo contrario no podrá hacer uso de los beneficios que se le brinda como alumno UDS

Para mayor información comunicarse con su Director de Campus

Martha Albores
Dirección de Administración y Finanzas