

<b>UDS</b>	REQUERIMIENTO DE PAGO	<b>ING-FOR-01</b>
	INGRESOS	

Fecha de envío      día/mes/año

### DATOS DEL ALUMNO

Nombre	<u>CRUZ GALLEGOS MARITZA</u>	Matricula	<u>409420558</u>
Carrera	<u>ENFERMERIA</u>	Semestre o Cuatrimestre	<u>7</u>
Modalidad	<u>SEMIESCOLARIZADO</u>	Nomenclatura del grupo	<u>LEN10SSC0620-A</u>

### ADEUDO

No	Concepto	Cantidad
1	COLEGIATURA AGOSTO	\$ 720.00
2	REINSCRIPCION AGOSTO	\$ 2,190.00
3	COLEGIATURA SEPTIEMBRE	\$ 1,850.00
4		
5		
6		\$ -
Total		\$ 4,760.00

Que tiene fecha limite de pago 19 DE SEPTIEMBRE o para la firma de un Convenio con fecha de 20 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