

	REQUERIMIENTO DE PAGO	ING-FOR-01
	INGRESOS	

Fecha de envío

DATOS DEL ALUMNO

Nombre	<u>BETZABE JALEL ORTEGA ROMAN</u>	Matricula	<u>409420616</u>
Carrera	<u>ENFERMERIA</u>	Semestre o Cuatrimestre	<u>9no CUATRIMESTRE</u>
Modalidad	<u>SEMIESCOLARIZADO</u>	Nomenclatura del grupo	<u>LEN10SSC0120-B</u>

ADEUDO

No	Concepto	Cantidad
1	COLEGIATURA AGOSTO	\$ 2,190.00
2		
3		
4		
5		
6		
	Total	\$ 2,190.00

Que tiene fecha limite de pago 20/08/2023 o para la firma de un Convenio con fecha de 15/08/2023 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