

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

Fecha de envío

**DATOS DEL ALUMNO**

Nombre	<u>DE LEON PEREZ DIANA MONTSERRATH</u>	Matricula	<u>409418641</u>
Carrera	<u>LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA</u>	Semestre o Cuatrimestre	<u>8 vo SEMESTRE</u>
Modalidad	<u>ESCOLARIZADO</u>	Nomenclatura del grupo	<u>LMH14EMM0119-B</u>

**ADEUDO**

No	Concepto	Cantidad
1	INTERNADO AGOSTO	\$ 700.00
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Total		\$ 700.00

Que tiene fecha limite de pago 03 DE SEPTIEMBRE o para la firma de un Convenio con fecha de 31 DE AGOSTO 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