

	REQUERIMIENTO DE PAGO	ING-FOR-01
	INGRESOS	

Fecha de envío 14/09/2023

### DATOS DEL ALUMNO

Nombre	<u>JOSE ABRAHAM PEREZ CRUZ</u>	Matricula	<u>422321139</u>
Carrera	<u>LICENCIATURA EN ENFERMERIA</u>	Semestre o Cuatrimestre	<u>7mo cuatrimestre</u>
Modalidad	<u>SABADO</u>	Nomenclatura del grupo	<u>LEN10SSC0921-A</u>

### ADEUDO

No	Concepto	Cantidad
1	REINSCRIPCION AGOSTO	\$ 580.00
2	COLEGIATURA SEPTIEMBRE	\$ 1,850.00
3		\$ -
4		\$ -
5		\$ -
Total		\$ 2,430.00

Que tiene fecha limite de pago 18 de septiembre o para la firma de un Convenio con fecha de 15 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