

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

Fecha de envío      16/10/2023

**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	PAGO EXTRAORDINARIO IRA OPORTUNIDAD	\$ 630.00
4	PRACTICAS SEPTIEMBRE	\$ 800.00
5	COLEGIATURA OCTUBRE	\$ 1,850.00
Total		\$ 5,710.00

Que tiene fecha limite de pago 20 de octubre o para la firma de un Convenio con fecha de 18 de octubre 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