



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA

COMPROBANTE DE PAGO DE  
ADMISIÓN A POSGRADO



749999994

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE(S)					
DIVISION CBI <input type="checkbox"/> CSH <input type="checkbox"/> CBS <input type="checkbox"/>			ESPECIALIZACION <input type="checkbox"/>			NIVEL MAESTRIA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/>			NACIONALIDAD		
POSGRADO			AREA DE CONCENTRACION			LINEA ACADEMICA					

CONCEPTO DE PAGO

TRAMITE DE ADMISION <input type="checkbox"/>	\$
--	----

**CAJA DE LA UNIDAD**

**COORDINACION DE SISTEMAS ESCOLARES**

NOTA: ESTE FORMATO SE ENTREGA EN ORIGINAL A LA COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES CON EL TIQUETE Y SELLO RESPECTIVO.