



# SOLICITUD DE PARCIALIDADES DE PAGO INICIAL MENOS CRÉDITO

## ENERO – MAYO 2024

Yo \_\_\_\_\_, con número de expediente \_\_\_\_\_ y estudiante de la carrera de \_\_\_\_\_, solicito pagar mi cuota de pago inicial para el semestre enero - mayo 2024 en el número de parcialidades seleccionadas a continuación (marcar con una X la opción elegida):

- 2 parcialidades, haciendo el pago de la primera parcialidad el \_\_\_\_\_ (fecha límite 12 de enero).
- 3 parcialidades, haciendo el pago de la primera parcialidad el \_\_\_\_\_ (fecha límite 12 de enero).

### BECA O FINANCIAMIENTO EDUCATIVO

Cuento con beca del \_\_\_\_\_% o financiamiento educativo del \_\_\_\_\_%

### SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

- SÍ** adquiriré el seguro de gastos médicos que me ofrece la Universidad.
- NO** adquiriré el seguro de gastos médicos que me ofrece la Universidad. Cuento con un servicio médico de similares características y manifiesto que ya he realizado la comprobación de dicho seguro a través de la liga correspondiente de la Intranet Anáhuac México.

Una vez iniciadas las clases del ciclo escolar enero – mayo 2024 y con la entrega de esta solicitud de parcialidades de pago inicial, me obligo al pago de todas y cada una de las parcialidades en las que estoy solicitando pagar mi cuota de pago inicial. De igual forma, si en fecha posterior a la entrega de esta solicitud de parcialidades de pago inicial e inicio de clases del ciclo escolar enero – mayo 2024 fuera mi deseo realizar el **Trámite de Baja Voluntaria o Definitiva** de la Universidad, me obligo a pagar todas y cada una de las parcialidades, inclusive aquellas de futuro vencimiento, al momento en que desee realizar el trámite de baja deseado.

Se me ha informado que es requisito indispensable:

- Para adquirir **pase de estacionamiento**, haber realizado el pago de la primera parcialidad del plan de pagos antes del **11 de diciembre de 2023**.
- Para **seleccionar materias** a partir del **4 de enero de 2024**, haber realizado antes de dicha fecha el pago de la primera parcialidad del plan de pagos.

Fecha a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## DATOS ALUMNO

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización del alumno  
anexar copia del INE del alumno

## DATOS DEL PADRE O TUTOR

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización del padre o tutor  
anexar copia del INE del tutor