

RECIBO DE MATRÍCULA

Nit: 860510627-6

Teléfono: 743 43 43

RECIBO No. 212777	PERIODO 20212
FECHA 2021-06-16	

IDENTIFICACIÓN: 52969864	CODIGO: 65192506
APELLIDOS: DUARTE AGUDELO	DIRECCIÓN: CR 55A NO 188-28 APT501 INT 4
NOMBRES: PAOLA ANDREA	CIUDAD: BOGOTA
PROGRAMA: MERCADEO	TELEFONO: 5104901

DETALLE	VALOR	DETALLE	VALOR
SERV. MEDICOS ASISTENCIALES	87,700		
MATRÍCULA	742,500		
VALOR A CANCELAR HASTA: 2021-07-02		755,950	
VALOR A CANCELAR HASTA: 2021-07-30		830,200	
VALOR A CANCELAR HASTA: 0000-00-00		830,200	

UNA VEZ PAGADOS LOS DERECHOS DE MATRÍCULA, NO HABRÁ DEVOLUCIÓN DE DINERO POR NINGÚN CONCEPTO. (ARTÍCULO 28, REGLAMENTO ESTUDIANTIL)

IMPORTANTE

1. Realice el pago de su matrícula teniendo en cuenta las siguientes características en Bancolombia con cheque de gerencia, cheque de cesantías o efectivo por el valor total de la matrícula, en el banco Davivienda y banco del Occidente Cheque de gerencia, cheques de cesantías, efectivo o mixto.
 2. Una vez cancelados los derechos de matrícula, no se autorizará la devolución de dinero por ningún concepto (Artículo No. 27, parágrafo 2 reglamento vigente).
 3. La Corporación, en uso del derecho de autonomía que la constitución y las leyes confieren es libre de aceptar o no la matrícula a un aspirante o estudiante así como la apertura o cierre de grupos en función del número de estudiantes matriculados (Artículo No. 15, parágrafo 1 reglamento estudiantil).
 4. Como estudiante regular de la Corporación Universitaria UNITEC, me comprometo a observar, acatar y cumplir en todas sus partes, lo dispuesto en el Reglamento Estudiantil vigente, cuyo documento se encuentra publicado en la página web de la institución.

- ESTUDIANTE -

(Faint, mirrored text from the reverse side of the page)

Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extraneidad.
 Personas que no pueda o no sepa firmar podrán acudir a la firma sujeta en los términos de ley.
 Nota: Cuando se trate de menores de edad, deberá firmar el menor junto con la persona que tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia. La

DEPARTAMENTO: _____
 INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): _____
 MUNICIPIO: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Identificación y firma del vacacionador _____
 Apellidos _____
 Tipo de identificación: RC __ TI __ CC __ CE __ otro __ número _____

Firma _____

Identificación y firma del vacacionador _____
 Apellidos _____
 Tipo de identificación: RC __ TI __ CC __ CE __ otro __ número _____

Firma _____