**CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDAD COMPLEMENTARIAS**

C. **Escribir Nombre**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES**

**PRESENTE**

El que suscribe **Escribir Nombre Jefe Departamento Responsable**  por este medio se permite hacer de su conocimiento que el estudiante **Escribir Nombre Alumno** con número de control **Escribir No Control** de la carrera de **Elija un carrera.** ha cumplido su actividad complementaria con el nivel de desempeño **Elija un nivel de Desempeño** y un valor numérico de **Escribir Valor** durante el período escolar **Elija un periodo** con un valor curricular de **Elija un valor** créditos.

Relación de la evidencia entregada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evidencias entregadas: | 1.- |  |
|  | 2.- |  |
|  | 3.- |  |
|  | 4.- |  |

**NOTA. Copia de las evidencias deberán ser entregada a la División de Estudios Profesionales para otorgar el Visto Bueno.**

Se extiende la presente en Ocotlán, Jal., a 12 de Agosto de 2020

**ATENTAMENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Escribir Nombre del Coordinador**  **COORDINADOR DEL PROGRAMA** |  |  | **Escribir Nombre**  **DEPARTAMENTO DE** **Elija área** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Escribir Nombre**  **DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**  **Vo.Bo.** |  |

c.c.p. Alumno

c.c.p. División de Estudios Profesionales

c.c.p: Archivo

**XXXX**