**CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA**

C. **Escribir Nombre**

**Jefe(a) 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 **Escribir 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.

Se extiende la presente en la Ocotlán, Jal., a **Elija un día.** de **Elija un mes.** de 2022

**ATENTAMENTE**

**(sello)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Escribir Nombre del Coordinador**  **Nombre y firma del (de la)**  **profesor(a) responsable** |  |  | **Escribir Nombre**  **Vo. Bo. del Jefe(a) del**  **Departamento de** **Elija área** |

c.c.p. Jefe(a) de Departamento correspondiente

c.c.p. Alumno