



Constancia de Cumplimiento de Actividad Complementaria

M.A. SHIRLEY DEL SOCORRO DIAZ GONZÁLEZ

Jefa (e) del Departamento de Servicios Escolares

PRESENTE

Por este medio le informo que el (la) estudiante Br. _____, con numero de control _____, de la carrera de INGENIERÍA _____, ha CUMPLIDO su actividad complementaria con el nivel de desempeño EXCELENTE y un valor numérico de 4, durante el período escolar _____ con un valor curricular de 5 créditos.

ATENTAMENTE

Excelencia en Educación Tecnológica®

Nombre y firma del profesor responsable

Sello

Vo. Bo. del Jefe (a) del Departamento que valida la actividad

c.c.p. Departamento correspondiente



2025
Año de
La Mujer Indígena





INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nº	DESCRIPCIÓN
1	Departamento académico que emite el documento. *Hoja membretada vigente.
2	Fecha en que se genera la constancia.
3	Nombre del jefe (a) del Departamento de Servicios Escolares.
4	Nombre completo del (a) estudiante
5	Número de matrícula del (a) estudiante
6	Carrera que cursa el (a) estudiante
7	Nivel de desempeño alcanzado (cualitativo)
8	Nivel de desempeño alcanzado (cuantitativo)
9	Ciclo escolar en que se realizó la actividad complementaria
10	Número de créditos asignados a la actividad complementaria
11	Nombre del profesor responsable de validar el cumplimiento de la actividad complementaria.
12	Visto bueno de la jefa (e) del Departamento Académico que valida la actividad complementaria realizada.
13	Sello del Departamento Académico que emite el documento.

