**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE DESARROLLO**

**CURRICULAR Y ACADÉMICO**

**FMED/SG/UDCA/OBS/000/25**

**Asunto: Carta de Término de**

**Prácticas Profesionales**

**(LIC. MTRO. DR.) NOMBRE,**

**CARGO Y**

**FACULTAD A QUIEN SE DIRIGE LA CARTA**

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le comunico que el/la estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con número de cuenta **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de la/del licenciatura/ETE en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se imparte en la Facultad/Escuela de la Universidad Nacional Autónoma de México ha finalizado sus Prácticas Profesionales en el programa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, durante el periodo comprendido del ## de mes de año al ## de mes de año, a efecto de cumplir\_\_\_\_\_horas en la modalidad presencial/distanciade lunes a viernes de 00:00h a 00:00h.

(\*Las fechas de inicio y término del servicio social, deben coincidir con las de su carta de aceptación. Eliminar este texto en su documento final)

Durante el periodo indicado estuvobajo la supervisión directa de la Dra./Mtra./Lic. Nombre completo **,** desarrollando las siguientes actividades: (agregar esta leyenda en caso de que el supervisor directo no fuera el responsable del programa)

1. Mínimo 5 actividades

Agradeciendo la atención a la presente, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a día de mes de 2025**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Nombre, cargo y firma de la persona que autoriza**

**Responsable del Programa**

**de Prácticas Profesionales**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Vo.Bo. Lic. Esteban Mena Méndez**

**Responsable de Servicio Social de otras Entidades Académicas**