**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE DESARROLLO**

**CURRICULAR Y ACADÉMICO**

**FMED/SG/UDCA/OBS/000/24**

**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 **nombre completo** 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 fecha de inicio al fecha de término, a efecto de cumplir\_\_\_\_\_horas en la modalidad presencial/distanciade lunes a viernes de 0:00h a 0:00h.

(\*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: (este párrafo es por si el responsable del programa no sea quien supervisó al estudiante de manera directa. Puede omitirlo si no es el caso

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 2024**

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

**Lic. Esteban Mena Méndez**

**Responsable de Prácticas Profesionales**

**en la Facultad de Medicina**