**H. Comité de Prácticas Profesionales**

**Licenciatura en Administración**

**Centro Universitario de los Lagos**

**P r e s e n t e**

La persona cuyos datos se incorporan a continuación ha concluido la prestación de Prácticas Profesionales, a cargo de un(a) servidor(a); cubriendo un total de 360 horas, durante el periodo comprendido del XXXX al XXX de 20XX.

Nombre del(la) practicante:

XXXXXXXXXXXXX

Nombre de la Dependencia/Área en la cual realizó sus Prácticas Profesionales:

XXXXXXXXXXXXX

Nombre del responsable directo:

XXXXXXXXXXXXX

Prácticas Profesionales que se cubrieron de la siguiente forma:

Lunes a viernes (6 horas y en según sea el caso los sábados, según la dependencia): ­

Horario de inicio: XXXX, horario de término: XXXX, (Especificar hora de inicio y hora de término)

Sábado y domingo (8 horas, en caso de que solo se hayan realizado en estos días):

A t e n t a m e n t e

(Lugar y fecha de expedición)

Sello de la institución (en caso de contar con uno)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre y Firma del titular de la Institución)