

**Constancia de actividades de retribución social**

Ciudad de México a: **dd/mm/aaaa**

**A quien corresponda:**

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

En cumplimiento a lo establecido en el *Artículo 20,* *Capítulo VII. De la Conclusión de la Beca o Apoyo*, del *Reglamento de Becas de la Secretaría de Ciencia, Humanidades Tecnología e Innovación,* y en el marco de la Convocatoria **BECAS NACIONALES PARA ESTUDIOS DE POSGRADO 202X (colocar convocatoria en que participaron y obtuvieron la beca)** ,hago constar que **el (la)** **C. [NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A)]** con número de **CVU (XXXX)** **beneficiado(a)** con una beca para obtener el grado de (**colocar MAESTRÍA / DOCTORADO según sea su caso)** en el programa de **POSGRADO EN PEDAGOGÍA**, que se imparte en la **(Colocar nombre completo de su entidad de adscripción, sin abreviaturas)** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, realizó las actividades de retribución social durante el periodo de vigencia de la beca tiempo en el que fue **alumno(a)** regular de esta Institución.

Asimismo, hago constar que, conforme a lo establecido en la Ley General de Archivos, la coordinación del posgrado organiza y conserva la evidencia documental de dichas actividades en caso de que la SECIHTI o cualquier otra instancia la requiera.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

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

**DRA. ANA MARÍA SALMERÓN CASTRO**

**COORDINADORA POSGRADO EN PEDAGOGÍA, UNAM**



**Constancia de actividades de retribución social**

Actividad. **(Nombre de la Actividad Realizada, considerando documento Anexo.1 de actividades)**

Descripción de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución en la que se realizó la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del responsable de supervisar la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datos de contacto del responsable de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripción del impacto social de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Nombre y firma de la persona becaria  CVU |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Nombre y firma del responsable de supervisar la actividad |