***CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN***

Sirva la presente comunicación para acreditar que el (la) estudiante**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** con número de identidad **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con número de cuenta **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** quien se encuentra por egresar de la carrera de Informática Administrativa, realizará su Práctica Profesional Supervisada (PPS), con un total de 800 horas, durante el período siguiente:

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

**Días:** *Elija un elemento.*

**Horario:**

**Fecha de inicio**: *Clic aquí para seleccionar una fecha.*

**Fecha de finalización**: *Clic aquí para seleccionar una fecha.*

Las actividades encomendadas al estudiante serán realizadas mediante modalidad ***Elija un elemento.*** , por lo que la institución se compromete a vigilar el estricto cumplimiento de todos los protocolos y medidas de bioseguridad necesarias para salvaguardar su salud.

De existir algún cambio se notificará a la Unidad de Vinculación de la Carrera de Informática Administrativa de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) al correo pps.dia@unah.edu.hn para su correspondiente aprobación o declinación. En caso de que se violen estas garantías, su práctica profesional quedaría sin valor ni efecto.

Las funciones a realizar por el referido estudiante son las siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD (HORAS) |
| *INSTRUCCIONES: Describa de forma concisa por lo menos cinco (5) actividades del entorno tecnológico que el estudiante desarrollará.* |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| Total horas |  |

Dado en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendiéndose la presente el *Clic aquí para seleccionar una fecha.*.

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

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

\* Nombre del jefe inmediato superior o Director de RRHH

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

\* Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este documento será considerado como aceptado si está completo y validado con firma y sello.

\* **Información requerida**