



## FORMATO DE REGISTRO PARA PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL Y/O PRÁCTICAS PROFESIONALES

### DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO

|                          |                     |                    |          |
|--------------------------|---------------------|--------------------|----------|
| ARTURO NUÑEZ EVANGELISTA |                     | NUEA990813HDFXVR08 |          |
| APELLIDO PATERNO         | APELLIDO MATERNO    | NOMBRE (S)         | C.U.R.P. |
| <hr/>                    |                     |                    |          |
| chimerapump@gmail.com    | 5558439602          | 5526970102         |          |
| CORREO ELECTRÓNICO       | TELÉFONO PARTICULAR | TELÉFONO CELULAR   |          |

### DOMICILIO

|                   |          |          |                         |       |
|-------------------|----------|----------|-------------------------|-------|
| 5ta. Cda. AMISTAD |          |          | SAN LUIS TLAXIALTEMALCO | 16610 |
| CALLE             | No. EXT. | No. INT. | COLONIA                 | C.P.  |

### INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA

|  |                    |  |                                      |
|--|--------------------|--|--------------------------------------|
| Instituto Tecnológico de Milpa Alta    |                    | Prol. Vicente Guerrero Sur 171, San Juan Tepenahuac, Milpa Alta, 12800<br>Ciudad de México, CDMX |                                      |
| NOMBRE                                 |                    | DOMICILIO  |                                      |
| <hr/>                                  |                    |  |                                      |
|  |                    |  | 181190018                            |
| PORCENTAJE DE CRÉDITOS                 | FECHA DE INICIO    | FECHA DE TÉRMINO   | NÚMERO DE BOLETA, CUENTA O MATRÍCULA |
| <hr/>                                  |                    |  |                                      |
| Ingeniería en Sistemas Computacionales |                    |  |                                      |
| CARRERA                                | CLAVE DEL PROGRAMA | HORARIO EN QUE PRESTARÁ EL SERVICIO  |                                      |

NOMBRE DEL PROGRAMA

|   |  |
|---|--|
| MTRA. ROSAURA MARTÍNEZ GONZÁLEZ                 | DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y<br>FINANZAS DE LA SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE |
| NOMBRE A QUIEN SE DIRIGE LA CARTA DE ACEPTACIÓN | CARGO DE LA PERSONA A QUIEN SE DIRIGE LA CARTA DE ACEPTACIÓN                         |



#### DATOS DEL JEFE DIRECTO DEL PRESTADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

CARGO

R.F.C.

C.U.R.P.

TELÉFONO

EXTENSIÓN

FIRMA DEL JEFE DIRECTO

#### MODO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

PRESENCIAL

☐

HÍBRIDO

☐

A DISTANCIA

☒

(de 2 a 3 días presenciales)

#### ACTIVIDADES QUE REALIZARÁ

**NOTA:** Las actividades tienen que ser acorde al perfil académico del prestador de servicio social o prácticas profesionales. (Se debe de comenzar la oración con la palabra apoyo, colaboración, participar, coadyuvar, etc.)

1. Participará en la gestión estratégica en la Dirección de Capacitación para la Producción Sustentable.

2. Apoyo, seguimiento y captura de información complementaria de los reportes que se realizan en la Dirección de Capacitación para la Producción Sustentable.

3. Apoyará en las actividades del Programa Altépetl Bienestar 2024.

4. Contribución en los proyectos relacionados con el Programa Altépetl Bienestar 2024 en colaboración con la Dirección de Capacitación para la Producción Sustentable.

5. Colaboración en la planificación y ejecución de iniciativas para desarrollo sostenible en la Dirección de Capacitación

**NOTA:** UNA VEZ ENTREGADOS LOS DOCUMENTOS, EL OFICIO DE ACEPTACIÓN SE ENTREGARÁ A MÁS TARDAR 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE INICIO, ASÍ MISMO SE INFORMA QUE UNA VEZ CONCLUIDO EL SERVICIO SOCIAL O PRÁCTICAS PROFESIONALES, DEBERÁN TRAMITAR SU LIBERACIÓN INMEDIATAMENTE Y TENDRÁN UN LAPSO NO MAYOR A 20 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE TÉRMINO PARA RECOGER DICHO OFICIO, DE LO CONTRARIO LA SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE NO SE HACE RESPONSABLE DE QUE NO SEA RECIBIDO EL OFICIO DE TÉRMINO POR LA INSTITUCIÓN ACADÉMICA.



**SEGURO FACULTATIVO (INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS O SEGURO MÉDICO (INSTITUCIONES EDUCATIVAS PRIVADAS):**

IMSS ☒ ISSSTE ☐ PRIVADO ☐ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO? SI ☐ NO ☒

EN CASO DE QUE ASÍ SEA ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

EN CASO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD, ¿ES NECESARIO QUE TOME ALGÚN MEDICAMENTO? SI ☐ NO ☒

EN CASO DE QUE ASÍ SEA ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

MARCOS ENRIQUE NUÑEZ OLVERA  
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA (1):

5558439602  
NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

OLIVIA EVANGELISTA VILLADA  
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA (2):

5528591556  
NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

TIPO DE SANGRE: O +

**COLOQUE UNA X EN EL CUADRO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ENTREGA.**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Acta de Nacimiento  |
| <input type="checkbox"/> | 1 Foto tamaño infantil (digital la cual deberá de ser pegada en este formato)       |
| <input type="checkbox"/> | Comprobante de Domicilio (Teléfono)   |
| <input type="checkbox"/> | Credencial INE  |
| <input type="checkbox"/> | CURP  |
| <input type="checkbox"/> | Carta de presentación emitida por la escuela  |
| <input type="checkbox"/> | Seguro Facultativo o Seguro Médico  |
| <input type="checkbox"/> | Formato de registro para Prestadores de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales |

**Nota: toda la documentación deberá estar en digital y contenidas en un sólo archivo con extensión .PDF, no excediendo los 5MB del tamaño del archivo.**

**PARA CONSULTAR**



- Lineamientos en Materia de Prestación de Servicio Social y Prácticas Profesionales en la Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno de la Ciudad de México

[https://qrcgcustomers.s3-eu-west-1.amazonaws.com/account13705025/21033638\\_1.pdf?0.9233000033967727](https://qrcgcustomers.s3-eu-west-1.amazonaws.com/account13705025/21033638_1.pdf?0.9233000033967727)

- Requisitos para el término de la Prestación de Servicio Social y Prácticas Profesionales

[https://qrcgcustomers.s3-eu-west-1.amazonaws.com/account13705025/21033638\\_1.pdf?0.9233000033967727#page=13](https://qrcgcustomers.s3-eu-west-1.amazonaws.com/account13705025/21033638_1.pdf?0.9233000033967727#page=13)

Se ponen a disposición los siguientes correos para sugerencias o quejas:

***serviciosocial.buzon@gmail.com***

***sbrauer@sedema.cdmx.gob.mx***

ARTURO NUÑEZ EVANGELISTA

**NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL O PRÁCTICAS PROFESIONALES.**

**ESTOY ENTERADO(A) DE LA EXISTENCIA DE UN CORREO PARA SUGERENCIAS Y/O QUEJAS, ASÍ MISMO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, AVALO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA.**

“Los datos personales recabados serán protegidos de acuerdo a lo establecido en los artículos 21 y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, de ahí, se solicita, las mismas sean tratadas en términos de los artículos 9 y 10 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados de la Ciudad de México.