|  |
| --- |
|  |
| INSTITUTO TECNOLÓGICO DE PABELLÓN DE ARTEAGA |
| DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN |
| **SERVICIO SOCIAL** |
| **Programa de trabajo** |
| **Datos del Estudiante** |
| Prestante: Valeria Carolina Campos Hernández |
| Carrera: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. |
| No. De control: 191050170 |
| **Datos de la dependencia** |
| Dependencia: Instituto Tecnológico de Pabellón de Arteaga. |
| Participación en el programa: Microservicios con Open Stack |
| Coordinador del programa: Eduardo Flores Gallegos. |
| Municipio: Pabellón de Atreaga |
| Estado: Aguascalientes |
| Fecha de entrega: 5 de enero de 2023 |

1. **Objetivo del programa en el que participará el alumno.**

|  |
| --- |
| Implementará de servicios en una plataforma Open Stack para aportar soluciones a diferentes proyectos en el Open Source Innovation Lab. |

1. **Descripción del programa en el que participará el alumno.**

|  |
| --- |
| Aprenderá sobre la aportación al Open Source para poder aportar a diferentes proyectos que corresponden a ello |

1. **Justificación de la participación del alumno.**

|  |
| --- |
| Desarrollar e implementar soluciones a diferentes proyectos en el Open Source |

1. **Sector de la Población al que impactará tu servicio social.**

|  |
| --- |
| Comunidad estudiantil del instituto tecnológico de Pabellón de Arteaga y comunidad en el Open Source |

1. **Cantidad de personas beneficiadas con tu Servicio Social.**

|  |
| --- |
| 50 personas |

1. **Cronograma de actividades.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Ene.** | **Feb.** | **Mar.** | **Abr.** | **May.** | **Jun.** |
| Acomodo del laboratorio |  |  |  |  |  |  |
| Formateo del servidor |  |  |  |  |  |  |
| Cotización del equipo |  |  |  |  |  |  |
| Instalación y configuración del servidor |  |  |  |  |  |  |
| Conectar una interfaz web |  |  |  |  |  |  |
| Montar sistema operativo LXC |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| Nombre y firma del Prestante |

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre y firma del Supervisor** |

|  |
| --- |
| Julissa Elayne Cosme Castorena |
| **Oficina de Servicio Social** |