



## AUTORIZACION

Zacapoaxtla, Pue., a 10 de noviembre de 2023

**ASUNTO:** Autorización.

**LIC. MIGUEL CHOY LÓPEZ**  
**DIRECTOR GENERAL DEL ITSZ**  
**PRESENTE.**

Por este medio autorizo que mi hijo (a) JUAN YUNUENT CASTILLO SALAZAR estudiante de la carrera de Ingeniería Informática, con número de control 21ZP0037, asista a la Visita de estudios programada para el día 23 a la empresa Automatización Syne de México en la Ciudad de Puebla, Puebla.

Asimismo, cabe señalar lo siguiente:

Mi hijo(a) tiene una enfermedad o padecimiento: \_\_\_\_\_

Es alérgico a: \_\_\_\_\_.

Requiere de algún cuidado especial: \_\_\_\_\_.

Es importante señalar que tengo conocimiento de la hora de salida que será a las 7:00am horas y la llegada a las 17:00 pm horas aproximadamente.

Manifiesto que estoy enterado del itinerario y las actividades académicas que se abordarán, así mismo estoy en conocimiento de los riesgos que esta salida implica y asumo cualquier responsabilidad por la conducta que mi hijo (a) si por negligencia o decisión propia no se apegare a este itinerario y a las indicaciones que reciba de sus profesores, deslindando de responsabilidad al Instituto de dichos actos.

Con la finalidad de poder comunicarse con su servidor (a), proporcione los siguientes números telefónicos y la hora en la que me pueden encontrar:

Casa \_\_\_\_\_ Hora para localizar: \_\_\_\_\_

Celular 784 141 03 88 Hora para localizar: 8:00 – 21:00

Trabajo \_\_\_\_\_ Hora para localizar: \_\_\_\_\_

Sin más por el momento, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

Claudia Salazar Gómez

Nombre y firma del Padre o tutor.

Lugar donde aborda y/o desciende el alumno: Zaragoza / Zacapoaxtla  
(Favor de tachar el lugar)

Los datos personales que usted proporciona en el llenado de este formato de “Autorización a visita de estudios y/o prácticas de estudio”, así como la copia de su credencial oficial de identificación, se utilizan solamente con fines de brindar seguridad a su hijo(a), durante las salidas de estudios, y son protegidos por la ley, favor de consultar nuestro Aviso de Protección de Datos Personales en la siguiente liga: <http://itsz.edu.mx/index.php/component/content/article/103-articulos-de-interes/261-aviso-de-proteccion-de-datos-personales>.

En esta casa de estudios elaboramos y colaboramos en la realización de publicaciones, comunicaciones, y diversos documentos en donde su imagen es necesaria para su ilustración. Agradecemos que nos autorizara a reproducir con estos fines las fotografías en las que sale su imagen. En el caso de que conceda su autorización, nos comprometemos a usarlas exclusivamente con dichos fines.

Elaboró M.A. Leticia Patricia Oliva Ruiz	Fecha de Revisión	No. De Revisión
---	-------------------	-----------------

Código


Juan Yunuent Castillo Salazar  
Nombre y firma del alumno

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
SALAZAR  
GOMEZ  
CLAUDIA  
DOMICILIO  
C SAN JOSE 505  
LOC EL CHAÇAL 73505  
TENAMPULCO, PUE.

FECHA DE NACIMIENTO  
18/02/1975  
SEXO M

CLAVE DE ELECTOR SLMCL75021821M200  
CURP SAGC750218MPLLML05 AÑO DE REGISTRO 1993 03  
ESTADO 21 MUNICIPIO 157 SECCIÓN 2027  
LOCALIDAD 0004 EMISIÓN 2018 VIGENCIA 2028



INE

21629156

EDMUNDO JACOB OJUNA  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1828219113<<2027007624683  
7502189M2812313MEX<03<<03749<1  
SALAZAR<GOMEZ<<CLAUDIA<<<<<<<<



**INSTITUTO TECNOLÓGICO  
SUPERIOR DE ZACAPOXTLA**

Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Puebla



"Por la excelencia de un  
valor humano y calidad integral"

**CASTILLO SALAZAR  
JUAN YUNUENT**



Matrícula:  
**21ZP0037**

Afiliación IMSS:  
**25210305444**

**Ingeniería  
Informática**

## Instituto Mexicano del Seguro Social

## Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
IMSS-02-020	FF-IMSS-012	10 / 11 / 2015 DD MM AAAA

## Datos Generales

NSS:	25210305444
CURP:	CAS031227HPLSLNA7
Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:	JUAN YUNUENT CASTILLO SALAZAR
Sexo:	Hombre
Fecha de nacimiento:	27/12/2003
Lugar de nacimiento:	PUEBLA

## Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico:	SI
Vigente:	09/11/2023
Delegación:	-
UMF:	-
Turno:	-
Consultorio:	-
Agregado Médico:	-

## Datos de Aseguramiento

Registro Patronal	Nombre o razón social
P8711208326	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE ZACAPOXTLA
Modalidad de Aseguramiento	Descripción de Modalidad
MODALIDAD 32	SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES

## Detalle de vigencia

Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
VIGENTE	10/11/2021	09/11/2023

## Beneficiarios

NO APLICA
-----------

De conformidad con los artículos 4 y 6 del Reglamento de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar servicios y derechos deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).