



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE TOLUCA DEPARTAMENTO DE GESTIÓN
TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y
DESARROLLO COMUNITARIO FORMATO ÚNICO

Pega
tu foto
aquí

I. DATOS PERSONALES Nombre: ESCOBAR AVILES ARGELIA

Folio Plática: 909280103

Sexo: F

Fecha: 25/09/1990

Lugar: TOLUCA

CURP: EOAA900925MGRSVR00

IFE: 9879087786786

Clave: 984564564565467657567575675

Teléfono casa: Domicilio: , ZONA CENTRO, AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES

Teléfono celular: C.P.: 20000

Correo

electrónico: chatz_ar@hotmail.com

II. ESCOLARIDAD

No. de Control: 09280103

Carrera: QUIMICA

Período: ENE-JUN 2015

Semestre: 12

TCC: 372

PTCC: 93

%

III. COMPROMISO DEL/ DE LA ESTUDIANTE

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, me comprometo a realizar el Servicio Social acatando el reglamento del Sistema Nacional de Educación Superior Tecnológica y llevarlo a cabo en el lugar y períodos manifestados, así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva del Instituto Tecnológico de Toluca en la instancia, de no hacerlo así, quedo enterado(a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.
En la ciudad de Metepec, Estado de México, el día 18 del mes de Febrero de 2015

Conformidad

Firma del/de la estudiante

IV. DATOS DEL PROGRAMA

Programa: ECR

Modalidad: I

Instancia: INSTANCIA PRUEBA

Domicilio: AV. ESTADO DE MEXICO

C.P.: 22785

Titular: TITULAS PARNAS

Puesto: PUESTO PRUEBA

Teléfono: 7221859621

Domicilio: AV GRIETA DEFENDER, NIÑOS HÉROES, TOLUCA, MÉXICO

Responsable: NEXUS ADMIN

Puesto: TOP

Teléfono: 1231231231 ext. 123

- Actividades:
1. TOP
 2. MID
 3. TOP
 4. MID
 - 5.

Horario:			
Lun	Mar	Mier	Juev
-	-	-	-
Vier			
-			

Fecha de inicio 18/02/2015

Fecha de terminación

Firma del/de la Responsable

Firma del/de la Responsable

V. PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO

Aceptado: () Si () No Motivo:

Fecha de recepción

Fecha de recepción

Firma del/de la Responsable

Firma del/de la Responsable