



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

**I. DATOS PERSONALES**

Nombre: DIAZ PLATA MARTIN JONATAN DIAZ PLATA Folio Plática: null Sexo: I

Fecha: 03/11/1991

Lugar: TOLUCAAAA

CURP: DIPM911103HMCZLR05

IFE: 564312

Clave: 864531654

44

Teléfono casa: 6456

Domicilio: NE. 654 , ZONA CENTRO, AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES

Teléfono celular:

C.P.: 20040

Correo

electrónico: mjdp31191@hotmail.com

**II. ESCOLARIDAD**

No. de Control: 09280531

Carrera: SIST

Período: ENE-JUN

Semestre: 9

TCC: 355

PTCC: 88.8

%

**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 10 del mes de Enero de 2014 .

Conformidad

Firma del/de la estudiante

**IV. DATOS DEL PROGRAMA**

Programa: CCRM

Modalidad: I

Instancia: INSTITUTO TECNOLÓGICO DE TOLUCA

Domicilio: AV TECNOLÓGICO, LA VIRGEN, METEPEC, MEXICO

C.P.: 52149

Titular: M EN C IRENE CARMONA CHIT

Puesto: DIRECTORA GENERAL

Teléfono: 2087200

Domicilio: AV TECNOLÓGICO, LA VIRGEN, METEPEC, MEXICO

Responsable: DR ISAIAS DE LA ROSA GÓMEZ

Puesto: JEFE DEL LABORATORIO DE INV DE ING AMBIENTAL

Teléfono: 2087200

Actividades: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

Horario:			
Lun	Mar	Mier	Juev
6:00-7:00	6:00-6:00	6:00-6:00	6:00-6:00
Vier			
6:00-6:00			

Fecha de inicio 10/01/2014

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