



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: REGULES PEREZ ESTEBAN ISMAEL

Folio Plática: 509280525

Sexo: M

Fecha: 10/02/1991

Lugar: SAN MATEO

CURP: REPE910210HMCGRS00

IFE: 8765432456787

Clave: 5434567865432456765

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

Teléfono celular: C.P.: 20000

Correo

electrónico: wikoer\_dw@hotmail.com

**II. ESCOLARIDAD**

No. de Control: 09280525

Carrera: SIST

Período: ENE-JUN 2014

Semestre: 10

TCC: 357

PTCC: 89.3 %

**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 28 del mes de Abril

de 2014

Conformidad

Firma del/de la estudiante

**IV. DATOS DEL PROGRAMA**

Programa: ECR

Modalidad: I

Instancia: GATOO

Domicilio: PORTER, CENTRO, TENANGO DEL VALLE, MÉXICO

C.P.: 52300

Titular: 111

Puesto: 111

Teléfono: 77777 ext. hooaa

Domicilio: 111, LA MESA, ZAPOTLÁN EL GRANDE, JALISCO

Responsable: XXXX

Puesto: XXXX

Teléfono: 54754754 ext. hola

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

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

Fecha de inicio 28/04/2014

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