



| Servicios que Brinda la Dirección de Educación Municipal |                     |  |                |  |  |                          |
|--|---------------------|--|----------------|--|--|--------------------------|
| #  | Servicios Prestados | Descripción del Servicio   | Tasa y Derecho | Procedimiento  | Requisito  | Formato                  |
| 1  | Guarderías          | Se cuenta con 5 Guarderías Municipales; 1.- Guardería el Forjador (Col. Satélite, 1era etapa), 2.- Guardería San Ignacio de Loyola (anexo al Ocotillo), 3.- Guardería de Medina Concepción (Bo. Medina, Concepción 4 y 6 calle), 4.- Guardería Guamilito (Bo. Guamilito, 6 y 7 calle, 7 y 8 ave, 5.- Guardería Gracias a Dios (Cofradía). Con una matrícula de 25 niños y niñas, en edades de 2 meses a 5 años.  | N/A            | 1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al niño o niña en la Guardería.<br>2. Se revisa la documentación (Requisitos)<br>3. Se procede a llenar la ficha de inscripción (Anexo)<br>4. Se brinda atención a los niños y niñas implementando estimulación temprana, charlas con diferentes temas de acuerdo a su edad, alimentación con menú balanceado y Escuela para padres.   | Edad de 4 meses a 6 años, partida de Nacimiento, Copia de tarjeta de vacunación, exámenes de sangre, orina y heces, copia de cédula de los padres, 2 fotos tamaño carnet, constancia de trabajo de los padres, atención de enero a diciembre | Llenado de ficha (anexo) |
| 2  | Prebásica           | Se cuenta con 15 Centros de Educación Prebásica;<br>1- Jardín Altos de Cofradía. 2- Jardín Arturo F. Aguilar. 3- Jardín Lidia de Montoya<br>4- Jardín Sueco Hondureño 5- Jardín Antonio Coello<br>6- Jardín Medina Concepción 7- Jardín San Martín de Porres 8- Jardín Guamilito<br>9- Jardín Héctor Sabillon Cruz<br>10- Jardín 10 de Septiembre (COFRADÍA) 11- Jardín El Carmen<br>12- Jardín Héctor Sabillon Cruz (Chamelecón)<br>13- Jardín Los Laureles 14- Jardín Naco<br>15- Jardín Santa Ana; Con una matrícula 579 de niños y niñas | N/A            | 1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al niño o niña en la Centro Municipal de Educación Pre básica<br>2. Se revisa la documentación (Requisitos)<br>3. Se procede a llenar la ficha de inscripción (Anexo)<br>4. Educación en el nivel pre básico regido por el Currículo Nacional Pre básico, donde los niños están inscritos en el Sistema de Administración de Centros Educativos SACE, se les brinda merienda escolar, charlas a los niños en diferentes temas. Escuela para padres a lo largo del año lectivo. | Edad de 5 a 6 años, partida de nacimiento, copia de tarjeta de vacunación, copia de identidad de los padres, atención de febrero a noviembre (año lectivo)   | Llenado de ficha (anexo) |

|   |                    |  |     |  |   |   |
|---|--------------------|--|-----|--|---|---|
| 3 | Educación Especial | Instituto Municipal de Educación Especial, actualmente tiene una matrícula de 209.   | N/A | <p>1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al niño o niña en el Centro.</p> <p>2. Se entrevista al Padre o encargado y se llena ficha de inscripción</p> <p>3. Se hace valoración Psicológica y pedagógica al niño o niña</p> <p>4. Se ofrece atención especializada a los usuarios con diferentes discapacidades intelectuales y/o físicas, con programa de audición, trastornos del espectro autista, microempresa, área funcional y así lograr inclusión en las escuelas regulares, terapias especializadas aplicadas por fisioterapeuta, terapia ocupacional, pintura, zumba, estimulación, merienda escolar, escuela para padres durante el año</p> | Partida de nacimiento, copia de identidad de los padres, dictamen médico de existir | Llenado de ficha de inscripción/registro, entrevista con los padres, ficha socio económico, formatos de compromiso del encargado, control de enfermería. Historial del estudiante (ficha psicológica), (Anexos) |
| 4 | Bibliotecas        | Se cuenta con 4 Bibliotecas municipales, 1- Biblioteca San Juan (sector públicas, impartiendo charlas con<br>1- Biblioteca Lomas del Carmen), N/A diferentes temas (bulling, acoso sexual.<br>2- Biblioteca Suyapa (sector Chamelecón),<br>3- Biblioteca Paraiso (Cofradía) 4- Biblioteca Rafael Hernandez, (Colonia Satélite) | N/A | Atención a niños y niñas de escuelas públicas, impartiendo charlas con diferentes temas (bulling, acoso sexual autoestima) tutorías en lecto escritura, matemáticas y ayuda con las tareas.  | N/A   | N/A   |

|   |                                 |  |     |   |  |  |
|---|---------------------------------|--|-----|---|--|--|
| 5 | Centros de Capacitación Técnica | Centro de Capacitación Técnica Sampedrana, Bo. Las Palmas, 8 ave, entre circunvalación y 19 calle. Con una matrícula de 377 alumnos.                 | N/A | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al joven.</li> <li>2. Se revisa la documentación (Requisitos)</li> <li>3. Se procede a llenar la ficha de inscripción (Anexo)</li> <li>4. Se procede a entrevista psico pedagógica con el joven.</li> <li>5. Los padres llenan las actas de compromiso.</li> <li>6. Los tres Centros Técnicos cuentan con diferentes carreras técnicas como: refrigeración, electricidad, belleza, estructuras metálicas, mantenimiento de máquinas de maquila, carpintería y ebanistería, corte y confección, reparación de máquinas de coser industrial, electrónica, reparación y mantenimiento de computadoras, refrigeración industrial, electrónica, diseño gráfico y mecánica automotriz, mecánica de motos durante el año lectivo, yendo a práctica profesional al finalizar la totalidad de sus módulos.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Partida de nacimiento (Original y Copia).</li> <li>2- Certificado de estudio (9no grado) 3- Constancia de conducta</li> <li>4- Tarjeta de salud 5- Tipo de Sangre</li> <li>6- Carnet de vacunación COVID-19 7- Tres fotos tamaño carnet</li> <li>8- Copia de cedula del padre o encargado. 9- Do fotos tamaño carnet del padre o encargado</li> <li>10- Acompañarse del padre o encargado</li> <li>JORNADA NOCTURNA: ser mayor de 18 años, fotocopia del certificado de último año cursado como mínimo de sexto grado, tres fotocopias tamaño carnet, fotocopia de cédula de identidad y tarjeta de salud, constancia de trabajo.</li> </ol> | Llenado de ficha de inscripción/ matrícula, Ficha psico pedagógica, compromiso para práctica profesional, acta de compromiso Escuela para Padres, entrevista Padres familia, remisión de casos por rendimiento académicos y ausencias, compromiso de transporte, (anexo) |
|   |                                 | Centro de Capacitación Técnica Honduras Corea, Intersección el Palenque, Col. Intersindical, ruta a Villas Mackay. Con una matrícula de 241 alumnos. |     |   |  |  |
|   |                                 | Centro de Capacitación Técnica Chamelecón, Col. San Isidro, contiguo a la estación de Bomberos, sector Chamelecón. Con una matrícula de 240 alumnos. |     |   |  |  |

  
 Lic. Luis Arturo Hernández Murcia  
 Dirección Municipal de Educación

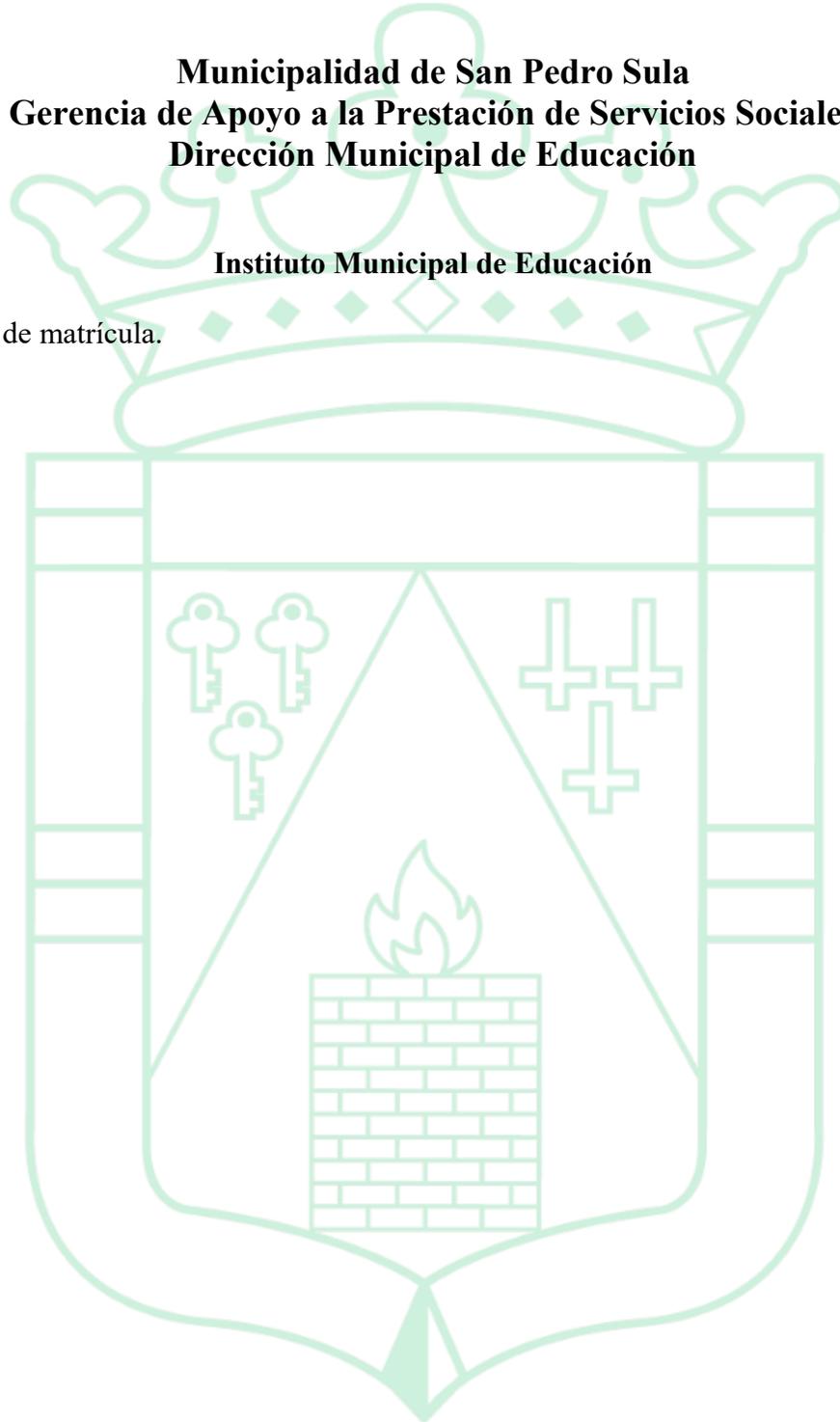




**Municipalidad de San Pedro Sula**  
**Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales**  
**Dirección Municipal de Educación**

**Instituto Municipal de Educación**

- Ficha de matrícula.



**Gerencia de  
Apoyo a la Prestación  
de Servicios Sociales**

Municipalidad de San Pedro Sula





**Municipalidad de San Pedro Sula**  
Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales  
Dirección Municipal de Educación



**FICHA DE MATRICULA  
DATOS GENERALES**

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo del Niño: \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 No. de Identidad: \_\_\_\_\_ Edad en Años y Meses: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Trabaja actualmente: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Trabaja Actualmente: Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En caso de emergencia comunicarse con: -----MOVIL: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

**El niño vive con:**

- Ambos padres
- Solo con el padre
- Solo con la madre
- Con otros parientes
- Especifique con quien vive el niño o niña:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DATOS MEDICOS**

Marque con una X o placa las vacunas recibidas por el niño presentar tarjetas de vacuna

a) Contra Polio: \_\_\_\_\_ b): Contra la viruela: \_\_\_\_\_ c) Varicela: \_\_\_\_\_ d) Tetano: \_\_\_\_\_

e) Contra el Sarampión: \_\_\_\_\_ f) Contra tos ferina: \_\_\_\_\_ c) Rubiola: \_\_\_\_\_

Enfermedades que padece: \_\_\_\_\_

Reacción a la Vacuna: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_



## Municipalidad de San Pedro Sula

Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales  
Dirección Municipal de Educación

¿Padece de la Vista? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas Odontológicos?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Padece de alguna enfermedad física o mental? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ en caso de ser su respuesta si especifique: \_\_\_\_\_

¿Padece algún tipo de alergias a medicamento o algún alimento? Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_ en caso de ser su respuesta si

especifique: \_\_\_\_\_

## Desarrollo de Niño

Embarazo No: \_\_\_\_\_ Planeado: \_\_\_\_\_ Deseado: \_\_\_\_\_

Amenazas de aborto: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Caídas o golpes en el embarazo:

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Parto Normal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ a los: \_\_\_\_\_

meses nació morado: Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Amarillo Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Tuvo

transfusiones de sangre Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Problemas de respiración Si:

\_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Indique con una x o placa si el niño padece de miedos o fobias:

a) Obesidad \_\_\_\_\_ b) Perros: \_\_\_\_\_ c) Gatos: \_\_\_\_\_ d) Altura: \_\_\_\_\_

e) Extraños: \_\_\_\_\_ f) Adultos: \_\_\_\_\_ g) Agua: \_\_\_\_\_ h) Fuego: \_\_\_\_\_

i) Oscuridad: \_\_\_\_\_ j) Soledad: \_\_\_\_\_ k) Encierro: \_\_\_\_\_ l) Otros niños: \_\_\_\_\_

El niño es remitido de alguna institución especifique Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si especifique la institución: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado



**Municipalidad de San Pedro Sula**  
**Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales**  
**Dirección Municipal de Educación**

**Instituto Municipal de Educación Especial**

- Ficha de matrícula.
- Acta de compromiso.
- Control enfermería.
- Entrevista a padre de familia.
- Formato de autorización.
- ANAMNESIS IMDEE.



**Gerencia de  
Apoyo a la Prestación  
de Servicios Sociales**

Municipalidad de San Pedro Sula





**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

**ACTA DE COMPROMISO**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, Hondureño con tarjeta de identidad número \_\_\_\_\_ accionando en mi condición de padre y /o encargado del joven \_\_\_\_\_, con mi libre consentimiento y sin ningún tipo de coacción me comprometo cumplir con las siguientes cláusulas que a continuación se detallan:

- 1) Prestar la debida colaboración con el Instituto Municipal de Educación Especial "IMDEE", en todos los aspectos que conlleven a facilitar la buena formación de mi hijo (a).
- 2) Asistir a las sesiones de Padres de Familia convocadas por la institución de forma obligatoria, asimismo a comparecer a los actos cívicos o deportivo a los cuales nos inviten, caso contrario se condiciona a mi hijo para la matrícula del siguiente año.
- 3) Acudir regularmente o cuando sea convocado por la institución con el fin de verificar avances o situaciones con la salud, comportamiento y/o enseñanza de mi hijo (a) o menor bajo mi cargo.
- 4) Acepto que la institución está en el derecho de citarme en caso de que mi hijo (a) o menor bajo mi cargo, manifieste un comportamiento inadecuado, debiendo firmar el ACTA correspondiente si el menor es sancionado.
- 5) Hacer que mi hijo (a) o menor bajo mi cargo, asista a clases con uniforme diario completo y correcto.
- 6) Colaborar con la formación de la responsabilidad de mi hijo (a) o menor bajo mi cargo, evitando que olvide llevar materiales y realizar tareas o trabajos.
- 7) Acepto que si hubiera inasistencia por dos meses continuos de mi hijo (a) o menor bajo mi cargo sin justificación alguna, podría acarrear como consecuencia la no promoción de grado de acuerdo a SACE por requisitos ya establecidos.
- 8) Dar seguimiento a mi hijo (a) o menor bajo mi cargo, en su comportamiento educativo y rendimiento académico que incluye cada asignatura y actividad de la institución.
- 9) Hacer uso del dialogo para la resolución de cualquier inconveniente que se presente, tomando en cuenta las instancias respectivas: Maestro (a) de aula, coordinador (a) académica y director (a).
- 10) Acepto que no es permitido el uso de prendas como ser relojes, cadenas, anillos, celulares, juegos electrónicos, revistas, tabletas o cualquier otro tipo de dispositivo, ya que el IMDEE no se hace responsable por la pérdida de los mismos.
- 11) Acepto demostrar en forma permanente el respeto a las autoridades administrativas, docentes, personal de servicio y vigilancia de la institución, y un manifiesto respeto a los demás Padres de familia y alumnos de este Centro Educativo, en espera de que el trato sea reciproco en los aspectos mencionados por parte del centro.
- 12) Estoy enterado (a) que como norma institucional no se aceptan entre alumnos relaciones de noviazgos, ni el ingreso de amigos o conocidos del alumno (a) ajenos a la institución.
- 13) Me doy por enterado (a) y acepto las medidas disciplinarias que se apliquen a mi hijo (a) o menor bajo mi cargo, cuando sea por desacato o infracción a las normas.
- 14) Me comprometo que mi hijo (a) o menor bajo mi cargo, cumpla estrictamente con el horario de clases durante todo el año lectivo establecido por la institución, cuya hora de entrada es a las 8:00 am y de salida 11:00 am u 11:30 am de acuerdo a su nivel académico, sujeto a cambio.



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

15) Acepto y entiendo que mi hijo (a) o menor bajo mi cargo será aceptado en el IMDEE académico hasta cumplir los diez y ocho años de edad (18), posteriormente podrá permanecer SOLAMENTE DOS AÑOS MAS en el IMDEE vocacional.

16) Me comprometo a participar junto a mi hijo (a) o menor bajo mi cargo si fuere necesario, en las actividades que se desarrollen de parte de la institución.

En de lo anterior y para constancia de la presente ACTA DE COMPROMISO, firmo la misma en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o encargado**



## INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL IMDEE

### DATOS PERSONALES E HISTORIAL DEL ESTUDIANTE (ANAMNESIS)

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION EXACTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOCENTE O ESPECIALISTA QUE REFIERE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE REFERENCIA: (EXPLIQUE EN FORMA CLARA PARA LO QUE SE ENVIA)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GRUPO FAMILIAR:**

PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

EDUCACION: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ INGRESOS: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ INGRESOS: \_\_\_\_\_

| HERMANOS | NOMBRE | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACION | VIVEN EN LA CASA |
|----------|--------|------|-------------|-----------|------------------|
| 1.       |        |      |             |           |                  |
| 2.       |        |      |             |           |                  |
| 3.       |        |      |             |           |                  |
| 4.       |        |      |             |           |                  |
| 5.       |        |      |             |           |                  |



OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN LA CASA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EN SU FAMILIA ALGUN MIEMBRO HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

TRASTORNO NEUROLOGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALCOHOLISMO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿HA TENIDO EL NIÑO (A) UNA EVALUACION PREVIA FUERA DE LA ESCUELA? SI ( ) NO ( ) SI ES ASI,

DONDE Y CUANDO? ¿TIENE ALGUN REPORTE DISPONIBLE QUE NOS FACILITE?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HA RECIBIDO EL NIÑO (A) ALGUN TRATAMIENTO ESPECIAL (DIETAS, MEDICAMENTOS, EVALUACION

PSICOLOGICA, AYUDA PSIQUIATRICA, OTRA) SI ( ) NO ( ) SI ES ASI FAVOR DE DESCRIBIRLO.

INCLUYA NOMBRE DE MEDICAMENTOS QUE TOMA EL NIÑO (A).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## DESARROLLO DEL NIÑO.

EMBARAZO N° \_\_\_\_\_ PLANEADO: \_\_\_\_\_ DESEADO: \_\_\_\_\_

AMENAZAS DE ABORTO: \_\_\_\_\_

ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

ENFERMADADES DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

CAIDAS O GOLPES EN EL EMBARAZO: \_\_\_\_\_

PARTO: \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ MESES. NORMAL O CESAREA: \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE LO TUVO: \_\_\_\_\_

DURACION DE LOS DOLORES: \_\_\_\_\_

NACIO MORADO: \_\_\_\_\_ AMARILLO: \_\_\_\_\_ TUVO CAMBIOS DE SANGRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PROBLEMAS DE RESPIRACION: \_\_\_\_\_

LE DIO PECHO? EXPLIQUE POR QUE: \_\_\_\_\_

USO CHUPETE: \_\_\_\_\_

### “SUEÑO”

DEBE DORMIR TRANQUILO O INQUIETO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SUEÑO ACTUAL: \_\_\_\_\_ HORAS DE SUEÑO: \_\_\_\_\_

PESADILLAS: \_\_\_\_\_ SONAMBULISMO: \_\_\_\_\_

TERRORES NOCTURNOS: \_\_\_\_\_

CON QUIEN DUERME EL NIÑO: \_\_\_\_\_

### “DESARROLLO PSICOMOTOR”

A QUE EDAD SOSTUVO LA CABEZA: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD SE SENTO SIN APOYO: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD SE PARO: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD CAMINO: \_\_\_\_\_

CON QUE MANO ESCRIBE: \_\_\_\_\_



CON QUE PIE PATEA: \_\_\_\_\_

QUE OIDO UTILIZA PARA SECRETOS: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD DIJO PALABRAS: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD HABLO COMPLETO: \_\_\_\_\_

TUVO PROBLEMAS PARA HABLAR: \_\_\_\_\_

SI LOS TUVO EXLIQUE CUALES: \_\_\_\_\_

**“ENFERMEDADES” (ANOTE EDADES)**

SARAMPION \_\_\_\_\_ PAPERAS \_\_\_\_\_ TOSFERINA \_\_\_\_\_ RUBEOLA \_\_\_\_\_

BAJO PESO \_\_\_\_\_ VARICELA \_\_\_\_\_ BRONQUITIS \_\_\_\_\_ ASMA \_\_\_\_\_

ULCERA GASTRICA \_\_\_\_\_ AMIGDALITIS \_\_\_\_\_ DOLORES DE CABEZA \_\_\_\_\_

CONVULSIONES \_\_\_\_\_ PROBLEMAS DE AUDICION \_\_\_\_\_ PROBLEMAS VISUALES \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES, CUANTAS, EN QUE FECHAS, A QUE EDAD DEL NIÑO, PORQUE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAIDAS O PERDIDAS DEL CONOCIMIENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**“HISTORIA ESCOLAR”**

FUE A GUARDERIA: \_\_\_\_\_ CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

HIZO KINDER: \_\_\_\_\_ COMO SE ADAPTO: \_\_\_\_\_

COMO SE ADAPTO A LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

HA REPETIDO GRADOS: \_\_\_\_\_ PORQUE Y CUALES? \_\_\_\_\_

LE HA COSTADO EL APRENDIZAJE: \_\_\_\_\_ EL DICTADO: \_\_\_\_\_ LA COPIA: \_\_\_\_\_

LLEVA CUADERNOS O TAREAS INCOMPLETAS: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

¿COMO SE LLEVA CON LOS NIÑOS? \_\_\_\_\_

COMO SE LLEVA CON LOS PROFESORES? \_\_\_\_\_



ACTITUD HACIA LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

LE GUSTA LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

¿COMO EVALUAN LOS PADRES EL PROBLEMA DEL NIÑO? AQUE CAUSA (S) LO ATRIBUYEN?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**“REPITENCIA”**

| GRADO       | K | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|-------------|---|----|----|----|----|----|----|
| N° DE VECES |   |    |    |    |    |    |    |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**“ATENCION SELECTIVA”**

SI

NO

TIENE PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE

ES CAPAZ DE RECONOCER SUS ERRORES

TIENE DIFICULTADES PARA ESCUCHAR

MUY INQUIETO

MOLESTA O PELEA CON OTROS NIÑOS

**“CONDUCTAS”**

SI

NO

DUERME CON SUS PADRES U OTROS

SE ORINA EN LA CAMA

LE CUESTA HACER AMIGOS

ES ORDENADO, ASEADO

PRESENTA TEMORES

ESPECIFIQUE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA  
INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

## **CONTROL DE ENFERMERIA**

NOMBRE DEL ALUMNO (A): \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PATOLOGIA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CUANTAS VECES AL AÑO LLEVA SU HIJO(A) AL MEDICO:

A)- MEDICO GENERAL: \_\_\_\_\_ B)- ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

C)- ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO, SI SU RESPUESTA ES POSITIVA ESPECIQUE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA  
INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

D)- TOMA ALGUN MEDICAMENTO DE FORMA PERMANENTE

---

---

E)- QUE DOSIS Y A QUE HORA: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS DEL NIÑO(A):

EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS HA SIDO HOSPITALIZADO SU HIJO(A): (SI) (NO)

RAZON DE LA HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_

---

SU HIJO(A) HA SIDO EVALUADO POR ALGUN ESPECIALISTA (SI) (NO)

QUE TIPOS DE EXAMENES LE HAN REALIZADO Y CUAL ES EL DIAGNOSTICO:

---

---

---

---

SU HIJO(A) TIENE EVALUACION PSICOLOGICA: (SI) (NO)

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

# Identidad: \_\_\_\_\_

---

NOMBRE Y FIRMA PERSONA RESPONSABLE



## INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACIONESPECIAL

Tel: (504) 2552-0501

### ENTREVISTA A PADRE DE FAMILIA

Se les agradece nos ayuden a responder las siguientes preguntas que nos serán de gran utilidad para el mejoramiento y desarrollo de nuestros servicios institucionales, recuerden padres de familia que la formación en el Instituto Municipal de Educación Especial es un compromiso de todos y ustedes son parte vital de la misma.

- 1- ¿Sabía usted que la institución cuenta con servicios profesionales en áreas de desempeño relacionadas con competencias Artísticas, atención en salud medica con énfasis en terapia física, y el área de Orientación Psicológica?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 2- ¿Qué espera de los servicios mencionados anteriormente en el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus hijos?

---

---

---

---

---

---

- 3- Estaría dispuesto/dispuesta usted como figura de autoridad formativa de su hijo/hija, ser parte activa del proceso de enseñanza-aprendizaje integral en la institución para facilitar el proceso de inclusión del estudiante a la vida social.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 4- ¿Por qué creen ustedes que es importancia brindar una formación en la escuela donde maestros-estudiantes-padres de familia trabajen en una misma dirección?

---

---

---

---

---

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES





5- ¿Qué cambios ha observado actualmente en institución?

---

---

---

6- ¿Qué le gustaría que mejoráramos en la institución?

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Entrevistado/a

No. De Identidad: \_\_\_\_\_

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES





**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA  
INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

**FICHA DE MATRICULA**

San Pedro Sula \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES:**

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):</b> |
|                                       |

| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |     |     | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
|-----------------------------|-----|-----|--------------|-----------|
| DIA                         | MES | AÑO |              |           |
|                             |     |     |              |           |

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

|                            |             |                          |             |                          |
|----------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| <b>NUMERO DE IDENTIDAD</b> | <b>EDAD</b> | <b>F</b>                 | <b>SEXO</b> | <b>M</b>                 |
|                            |             | <input type="checkbox"/> |             | <input type="checkbox"/> |

**II. DATOS FAMILIARES**

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| <b>VIVE CON SUS PADRES:</b> | <b>ESPECIFIQUE:</b> |
| SI NO                       |                     |

|                             |                           |                            |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PADRE</b>     | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |
| <b>NOMBRE DE LA MADRE</b>   | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |
| <b>NOMBRE DEL ENCARGADO</b> | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :</b> | <b>TELÉFONO:</b> |
|   |                  |

**III. DATOS ESCOLARES**

|   |
|---|
| <b>ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS:</b>       |
| <b>GRADO:</b> _____ <b>ESCUELA:</b> _____ |

| REPITENCIA | GRADO       | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|------------|-------------|----|----|----|----|----|----|
|            | N° DE VECES |    |    |    |    |    |    |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO



## INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL FORMATO DE AUTORIZACIÓN

El instituto Municipal de Educación Especial comprometido a impartir una educación de calidad y seguridad a toda su población infantil, requiere lo siguiente:

Yo \_\_\_\_\_

Mayor de Edad con # de Identidad \_\_\_\_\_

responsable del Alumno \_\_\_\_\_

del Nivel \_\_\_\_\_

residente en el municipio de \_\_\_\_\_, Departamento de Cortes, Por medio de este documento hago constar que el menor antes mencionado, a la hora de la salida de clases se desplazará solo(a) de la institución hasta nuestro hogar.

De esta forma dejo fuera de toda responsabilidad a esta institución de cualquier situación que se presente fuera de sus instalaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable del Alumno

\_\_\_\_\_  
Director (a) IMDEE





**Municipalidad de San Pedro Sula**  
**Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales**  
**Dirección Municipal de Educación**

**Centro de Capacitación Técnica Chamelecón**

- Acta de compromiso escuela para padres.
- Acta de compromiso para alumnos menores de edad, jornada nocturna.
- Acta de compromiso para el estudiante.
- Acta de compromiso para padres de familia.
- Acta de compromiso práctica profesional productiva.
- Acta de compromiso teléfono.
- Acta de compromiso.
- Acta de condicionamiento.
- Acta de disciplina por falta leve.
- Bitácora psicología.
- Citación.
- Excusa.
- Ficha de inscripción.
- Ficha entrevista psicológica.
- Ficha psicopedagógica.
- Formato amonestación verbal.
- Formato de amonestación escrita.
- Formato de entrevista educativa.
- Formato de reporte casos atendidos.
- Formato fichas padres de familia.
- Formato de disciplina.
- Formato solicitud de práctica profesional.
- Listado de alumnos atendidos.



**Gerencia de  
Apoyo a la Prestación  
de Servicios Sociales**

Municipalidad de San Pedro Sula





1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON

Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

## ACTA DE COMPROMISO ESCUELA PARA PADRES

Yo,

\_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del estudiante:

\_\_\_\_\_ Del **Área** de:

De la **Jornada**:

\_\_\_\_\_

Por medio de la presente me comprometo asistir de manera presencial o virtual a la **ESCUELA PARA PADRES**, Charla que se llevara a cabo el primer viernes de cada mes, a las ocho de la mañana como parte de mi responsabilidad en la educación de mi hijo e hija.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de

\_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

**FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO**

**IDENTIDAD No.** \_\_\_\_\_

**No.DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



www.sanpedrosula.hn



info@sanpedrosula.hn



@msps.hn



@MuniSPS0501



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7830

## ACTA DE COMPROMISO PARA ALUMNOS MENORES DE EDAD, JORNADA NOCTURNA

Yo: \_\_\_\_\_ Padre, Madre o encargado del  
estudiante: \_\_\_\_\_ del área:  
\_\_\_\_\_

Por medio de la presente acta asumo toda responsabilidad y exonero a la institución de cualquier accidente con el estudiante, dentro de las instalaciones ya que se le ha otorgado la oportunidad de estudiar en la jornada nocturna siendo menor de edad

Dado en la ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o encargado

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



www.sanpedrosula.hn



info@sanpedrosula.hn



@msps.hn



@MuniSPS0501



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### ACTA DE COMPROMISO PARA EL ESTUDIANTE

Ante el comité de disciplina del centro de capacitación técnico Chamelecón, el (la) estudiante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del área de \_\_\_\_\_  
aquí se le hizo un llamado de atención según el reglamento estudiantil por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De lo anterior da fe: \_\_\_\_\_

Dado el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Supervisor Estudiantil

\_\_\_\_\_  
Instructor del Área

\_\_\_\_\_  
Orientador(a) /Depto. De Orientación

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@mshps.hn](https://www.facebook.com/mshps)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA

Por medio de la presente, nosotros y actuando en nuestra condición de padre, madre y representante legal de nuestro hijo (a) menor de edad y estudiante del área técnica de \_\_\_\_\_ y matriculado en esta institución en el año escolar \_\_\_\_\_ Conscientes de que la educación de nuestro hijo/a implica la acción conjunta de la familia y de la institución, motivo por el cual ingresa al refuerzo académico y firmamos ésta Carta de Compromiso Educativo, que conlleva los siguientes deberes:

- Velar para que mi hijo/a cumpla con su deber básico de estudio y garantizar la asistencia a los horarios del Refuerzo Académico y/o Programa de Intervención tanto en las jornadas matutina y vespertina de clases, como a las actividades extracurriculares programadas para la nivelación de los conocimientos.
- Ayudar a nuestro hijo/a organizar el tiempo de estudio en casa, proporcionarle las mejores condiciones posibles para que realice las tareas encomendadas por los docentes.
- Entregar documentos necesarios para ayudar en el proceso académico y socio-emocional del alumno(a); como ser la entrega de diagnósticos psicopedagógicos, evaluaciones psicométricas según fecha límite establecida por el Departamento de Orientación y Coordinación Académica.
- Controlar la preparación del material para la actividad escolar para que las realice satisfactoriamente y estar en pleno conocimiento que de no ser así ello impactará en sus notas de evaluación.
- Asistir con regularidad a las reuniones convocadas por Rector/a Director/a Orientador/a así como a las citas programadas por los tutores o profesores de mi hijo/a.
- Justificar las inasistencias de mi hijo(a) a las horas de Refuerzo académico/ Aula Recurso de manera oportuna.
- Inculcar siempre en mi hijo(a) una actitud positiva hacia la realización de las tareas escolares.
- Valorar siempre el esfuerzo y la superación de dificultades y limitaciones en su trabajo.

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@mspshn](https://www.facebook.com/mspshn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)

- Cumplir a tiempo con los costos previamente acordados para el Programa de Intervención y/o Aula Recurso.



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
**Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos**  
**TEL. 2565-7813**

El centro educativo se compromete a brindar ayuda académica al alumno(a) como parte del proceso de educación integral velando por afianzar los valores morales y cuidando el aspecto socio-emocional del educando, tomando en cuenta los programas y horarios establecidos.

Y así mismo en el área administrativa velar por cumplir con los pagos correspondientes a la matrícula, mensualidades, programas de aula y/o programa de intervención.

Los padres de familia se comprometen a matricular a su hijo \_\_\_\_\_ en el aula recurso en caso de ser académicamente necesario e iniciar proceso de evaluación psicopedagógica.

Se firma la presente, comprometiéndonos a cumplir y hacer cumplir todos los puntos estipulados en éste documento por el tiempo que mi hija(o) permanezca en el proceso del Refuerzo Académico.

San Pedro Sula, Cortés , a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o representante legal

\_\_\_\_\_  
Directora

\_\_\_\_\_  
Firma Departamento Orientación/Consejería





1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**

**Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos**

**TEL. 2565-7813**

**ACTA DE COMPROMISO  
PRACTICA PROFESIONAL PRODUCTIVA**

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del

Alumno: \_\_\_\_\_

Del Área de: \_\_\_\_\_

Me comprometo a GESTIONAR su práctica profesional productiva, cuando el joven tenga aprobado más del 50% de sus clases.

Por lo tanto, exoneró a esta Institución del anterior requisito de graduación, para el año 2022.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PADRE O ENCARGADO**



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

## ACTA DE COMPROMISO PARA TELEFONOS CELULARES

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del

Alumno: \_\_\_\_\_

Quedo totalmente informado y Comprometido que mi hijo(a) **NO PUEDE PORTAR TELEFONO CELULAR INTELIGENTE** dentro de las instalaciones del centro durante sus clases presenciales. **UNICAMENTE TELEFONO SENCILLO**; De lo contrario va ser decomisado y se entregara hasta final de año.

Por lo tanto, exonero a esta Institución de responsabilidad de daño, robo de su teléfono sencillo.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_  
Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PADRE O ENCARGADO



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



## ACTA DE COMPROMISO

Yo, \_\_\_\_\_ Padre, Madre o Encargado del estudiante:

\_\_\_\_\_ Del **Área** de:

\_\_\_\_\_ **Jornada:** \_\_\_\_\_

Por medio de esta **ACTA DE COMPROMISO**, asumo toda responsabilidad y me comprometo a que mi hijo(a) cumpla con lo establecido.

- Asistir diariamente con su uniforme completo a sus clases, (pantalón jean azul marino, camiseta tipo polo color gris, gabacha, identificado con su monograma, zapatos tipo burro y faja color negro),
  - De no cumplir se le **despachara a su casa.**
- Portar su cabello con corte bajo (utilizar cuchilla 1 y 2).
  - Si el estudiante se corta el cabello y aun así muestra una cola o mechón en la parte de atrás, se le cortara sin previo aviso.
- No porte calzado, vestimenta u objetos de valor en su mochila y nada que no sea de aprovechamiento a su aprendizaje.
- Cumplir con los horarios establecidos de entrada y salida a clases.  
8:00am a 12:00 M. (Jornada matutina).  
1:00 a 5:00 P.M. (Jornada vespertina).
  - Los estudiantes que lleguen después de su hora de entrada se les anotara en un libro de llegadas tardes.
  - Si su hijo tiene tres llegadas tardes se le dará retención, si reinciden después de la retención perderá la primera clase de ese día, si continua así se le **despachara a su casa.**
- Asumir un comportamiento correcto dentro y fuera de la institución (unidad de transporte, en la calle y lugares públicos).
- Estar pendiente del rendimiento y conducta de mi hijo(a) (visitas a la Institución, atender citatorios, asistir a la entrega de notas y a las reuniones de padres de familia).
- Y me comprometo además a velar y hacer cumplir el Reglamento Interno de este Centro de Capacitación Técnica.

Caso contrario, **ACEPTO** se deduzcan las responsabilidades del caso.

- Decomiso de mochila y su devolución al finalizar el año lectivo.
- Suspensión de clases de 3, 5, y 8 días según el caso.



- c) En el caso del inciso B, autorizo para que mi hijo(a) realice labores sociales dentro de la Institución (trabajos de limpieza, ornato, repasos de estudio y otros en horario contrario a su jornada).
- d) Brindar un cambio de ambiente en casos graves.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO**

**IDENTIDAD No.** \_\_\_\_\_

**No. DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

## ACTA DE CONDI CIONAMIENTO

Yo \_\_\_\_\_

Mayor de edad con No. de identidad \_\_\_\_\_ Padre, Madre

O Encargada del joven \_\_\_\_\_

matriculado en el Centro de Capacitación Técnico Sampedrano en la carrera de

\_\_\_\_\_. Por este medio me comprometo y me hago responsable del comportamiento de mi hijo y exonero a esta institución de toda responsabilidad, y acepto las disposiciones y el reglamento.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Estudiante

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

## ACTA DE DISCIPLINA POR FALTA LEVES SEGÚN REGLAMENTO ESTUDIANTIL

Reunidos el \_\_\_\_\_ del presente año en el centro de Capacitación Técnico Chamelecón la Orientadora Lic. Crisanta Taylor, atendió el caso del joven: \_\_\_\_\_ a quien se le requirió por la falta del artículo 8.4 y 9.19, los cuales refieren a: “no observar las condiciones mínimas de higiene y arreglo personal”; y, “presentarse a clases con el cabello largo, cortes extravagantes”.

El correctivo según sanción se le aplica registrándolo en el expediente, en presencia de la madre del alumno, la señora \_\_\_\_\_ Quien se compromete a hacer el correctivo corte de cabello del alumno en mención, para presentarse a este Centro de formación en las próximas veinte cuatro horas.

Para constancia firman la presente \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2022.

\_\_\_\_\_  
**Alumno (a)**

\_\_\_\_\_  
**Padre o Encargado**

\_\_\_\_\_  
**Instructor  
CCTEC CH**

\_\_\_\_\_  
**Orientador  
CCTC CH**



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
 Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
 TEL. 2565-7813

**AREA DE PSICOLOGIA**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**  
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
**BITACORA PSICOLOGICA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Área Técnica: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

| N. Sesiones | Fecha/Hora | Objetivo | Actividad Realizada | Tarea Asignada | Logro | Observación |
|-------------|------------|----------|---------------------|----------------|-------|-------------|
|             |            |          |                     |                |       |             |
|             |            |          |                     |                |       |             |
|             |            |          |                     |                |       |             |

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
 Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
 TEL. 2565-7813

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Conclusiones**

\_\_\_\_\_  
 Firma Psicólogo

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
 DE SERVICIOS SOCIALES





1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### CITACION

Sr(a): \_\_\_\_\_

Favor presentarse al departamento de orientación de este centro educativo para tratar asuntos relacionados con su hijo (a): \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del presente año a las \_\_\_\_\_

Queda entendido que su hijo (a) no podrá asistir a sus clases normales mientras usted no haga acto de presencia el día y la hora indicada.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Depto. de Orientación/Consejería

\_\_\_\_\_  
Instructor de Área

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



**EXCUSA**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Área de Estudio: \_\_\_\_\_

Instructor (a): \_\_\_\_\_

El alumno(a):  
 \_\_\_\_\_

No se Presentó a Clases el (los) día (s): \_\_\_\_\_ mes  
 de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Motivo de la Inasistencia:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
 Orientador / consejera

\_\_\_\_\_  
 Firma Del Instructor

**Nota:**

- La excusa debe ser presentada cuando el alumno(a) regrese a clases.
- Si la inasistencia es por salud, debe respaldarla con una nota médica.
- Al ausentarse por un periodo de tres días o más, el padre de familia o encargado deberá presentarse al centro a informar.

Recibido por: \_\_\_\_\_

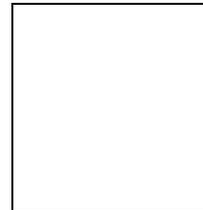
Fecha \_\_\_\_\_

Orientador / Depto. de Orientación



**HOJA DE INSCRIPCION**

San Pedro Sula \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**I. DATOS GENERALES:**

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):</b> |
|                                       |

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>AREA EN QUE SE MATRICULA:</b> | <b>JORNADA:</b> |
|                                  |                 |

| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |     |     | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
|-----------------------------|-----|-----|--------------|-----------|
| DIA                         | MES | AÑO |              |           |
|                             |     |     |              |           |

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

|                            |             |          |             |          |
|----------------------------|-------------|----------|-------------|----------|
| <b>NUMERO DE IDENTIDAD</b> | <b>EDAD</b> | <b>F</b> | <b>SEXO</b> | <b>M</b> |
|                            |             |          |             |          |

**II. DATOS FAMILIARES**

|   |
|---|
| <b>VIVE CON SUS PADRES:</b>   |
| <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFIQUE:</b> |

| NOMBRE DEL PADRE     | PROFESIÓN U OFICIO | TEL. CASA O TRABAJO |
|----------------------|--------------------|---------------------|
|                      |                    |                     |
| NOMBRE DE LA MADRE   | PROFESIÓN U OFICIO | TEL. CASA O TRABAJO |
|                      |                    |                     |
| NOMBRE DEL ENCARGADO | PROFESIÓN U OFICIO | TEL. CASA O TRABAJO |
|                      |                    |                     |

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| <b>CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :</b> | <b>TELÉFONO:</b> |
|                                      |                  |

**III. DATOS ESCOLARES**

|   |
|---|
| <b>BECAS</b>  |
| <b>COMPLETA</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIA</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZADA POR:</b> |

|  |
|--|
| <b>ESTUDIOS REALIZADOS:</b>  |
| <b>PRIMARIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>BÁSICA:</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>SUPERIOR:</b> <input type="checkbox"/> |

|  |
|--|
| <b>ACTUALMENTE ESTUDIA:</b>  |
| <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFIQUE :</b> |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE (A)



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646



**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### Área de Psicología

#### FICHA DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA

#### 1. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Área Técnica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA:**

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



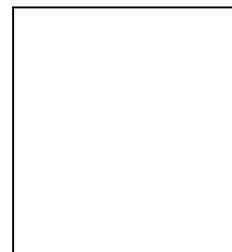
[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION**  
**FICHA PSICOPEDAGOGICA**



**DATOS PERSONALES**

Nombre del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Área en que se matricula: \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Encargado: \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Numero de hermanos(as): \_\_\_\_\_ Padre Y Madre viven juntos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre de personas con quien vive: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia llamar al teléfono \_\_\_\_\_

Con el SR O SRA. \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-ECONOMICOS: Marque con una X.**

Posición Económica: Pobre \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Acomodada \_\_\_\_\_

Vive en casa: Propia \_\_\_\_\_ Alquilada. \_\_\_\_\_

Recibe Ayuda Económica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_



**DATOS ESCOLARES:**

Escuela o Institución de donde procede \_\_\_\_\_

Materia que se le dificulta: \_\_\_\_\_ Materia que le gusta: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado algún año de estudio? SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Realizo algún curso de tipo técnico? Menciónelo:

\_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD:**

Padece de alguna Enfermedad: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento Médico Actualmente: \_\_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

Tiene alguna discapacidad: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Condición Visual: Excelente \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_ Regular. \_\_\_\_\_ Mala. \_\_\_\_\_

Condición Auditiva: Excelente \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

¿Se le ha remitido a algún especialista en particular?

Psicólogo: \_\_\_\_\_ Teletón: \_\_\_\_\_ Oftalmólogo: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS:**

Posee Habilidades Artísticas o Deportivas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especifique el tipo de Habilidad que posee: TEATRO \_\_\_\_\_ BANDA DE GUERRA \_\_\_\_\_

ORATORIA \_\_\_\_\_ POESIA \_\_\_\_\_ BALONCESTO \_\_\_\_\_ FOOTBALL \_\_\_\_\_

PINTURA \_\_\_\_\_ DIBUJO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

¿Qué lo motivo a ingresar al Centro de Capacitación Técnico Sampedrano?

\_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Encargado

Nombre del Alumno(a)



**SAN PEDRO SULA**  
CIUDAD DE EMPRENDEDORES  
ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**

**AMONESTACION VERBAL**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
INSTRUCTOR

\_\_\_\_\_  
DEPTO. ORIENTACION



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



**SAN PEDRO SULA**  
CIUDAD DE EMPRENDEDORES  
ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**

**AMONESTACION VERBAL**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
INSTRUCTOR

\_\_\_\_\_  
DEPTO. ORIENTACION



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**

**AMONESTACION ESCRITA**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INSTRUCTOR

DEPTO. ORIENTACION

[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)

[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)

[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)

[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**

**AMONESTACION ESCRITA**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INSTRUCTOR

DEPTO. ORIENTACION

[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)

[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)

[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)

[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### ENTREVISTA EDUCATIVA

#### Datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Área Técnica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

#### Datos Familiares

Con quien vive: \_\_\_\_\_

Cómo es la relación con su padre: \_\_\_\_\_

Cómo es la relación con su madre: \_\_\_\_\_

Tiene hermanos (as): \_\_\_\_\_

A que se dedican sus padres: \_\_\_\_\_

cuáles son las tareas que desempeñas en casa: \_\_\_\_\_

Quién maneja la disciplina en casa: \_\_\_\_\_

Dime como es tu casa: es propia, tiene cuarto propio o lo comparte: \_\_\_\_\_

Que cambiaría de su familia: \_\_\_\_\_

Con quien pasa la mayor parte del día: \_\_\_\_\_

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@mSPS.hn](https://www.facebook.com/mSPS.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

**Datos Escolares**

Asignaturas en la que tiene mayores dificultades: \_\_\_\_\_

Asignatura que más le gusta: \_\_\_\_\_

Cómo es su relación con sus compañeros o docentes: \_\_\_\_\_

Cuáles son sus hábitos de estudio actuales: \_\_\_\_\_

Cuáles son sus metas escolares o plan de vida: \_\_\_\_\_

**Datos de Socialización- Social**

Pasatiempos favoritos: \_\_\_\_\_

Actividades que realiza por lo regular los fines semana: \_\_\_\_\_

Tienes amigos: \_\_\_\_\_

Que tipo de cosas lo hacen sentir feliz: \_\_\_\_\_

Que tipos de cosas lo hacen sentir triste: \_\_\_\_\_

Que hace cuando esta triste: \_\_\_\_\_

Pertenece alguna Iglesia: \_\_\_\_\_

Que le gusta hacer en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

**Datos de Salud**

Toma algún medicamento: \_\_\_\_\_

Padece alguna enfermedad: \_\_\_\_\_

Hábitos de sueño: \_\_\_\_\_

Hábitos alimenticios: \_\_\_\_\_

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/mspshn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### Área Laboral

Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_

Actividades que realiza: \_\_\_\_\_



GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



**SAN PEDRO SULA**  
CIUDAD DE EMPRENEDORES

ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

**Área de Psicología**  
**Reportes de Casos Atendidos**

| NOMBRE DEL ALUMNO(A) | AREA TECNICA | MOTIVO | OBSERVACIÓN |
|----------------------|--------------|--------|-------------|
|                      |              |        |             |
|                      |              |        |             |
|                      |              |        |             |
|                      |              |        |             |



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



**SAN PEDRO SULA**  
CIUDAD DE EMPRENDEDORES

ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@mSPS.hn](https://www.facebook.com/mSPS.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)





1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646



**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

| HISTORIAL DE DISCIPLINA                             |  | FIRMA |
|---|--|-------|
| LLAMADOS DE ATENCION VERBALES/ ACTAS DE COMPROMISOS |  |       |
|   |  |       |
|   |  |       |
| AMONESTACIONES VERBALES                             |  |       |
|   |  |       |
|   |  |       |
| AMONESTACIONES ESCRITAS                             |  |       |
|   |  |       |
|   |  |       |



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**CENTRO CAPACITACION TECNICO CHAMELECON**  
Dirección: col. San isidro calle principal contiguo a cuerpos de bomberos  
TEL. 2565-7813

### SOLICITUD DE PRACTICA PROFESIONAL

Yo, \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_ de la empresa \_\_\_\_\_

Con sede en \_\_\_\_\_

Con número de teléfono \_\_\_\_\_, por este medio hago constar:

Que esta empresa ha decidido proporcionar la oportunidad de realizar su práctica profesional al joven \_\_\_\_\_, estudiante del área de: \_\_\_\_\_ del Centro de Capacitación Técnico Chamelecón de San Pedro Sula.

La práctica estará enmarcada en las actividades relacionadas con la especialidad del estudiante y tendrá una duración de \_\_\_\_\_

Iniciado a partir de la fecha \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Dado en San Pedro Sula a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director del CCT-CH

\_\_\_\_\_  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Coordinador Académico

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES





**Municipalidad de San Pedro Sula**  
**Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales**  
**Dirección Municipal de Educación**

**Centro de Capacitación Técnica Honduras Corea**

- Ficha de Inscripción.
- Ficha Psicopedagógica.
- Comprobante de Inscripción.
- Acta de Compromiso escuela para Padres.
- Acta de Compromiso Padre de Familia.
- Acta de Compromiso de Teléfono Celular.
- Admisión del riesgo y exención de responsabilidad.



**Gerencia de  
Apoyo a la Prestación  
de Servicios Sociales**

Municipalidad de San Pedro Sula





**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**  
**Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo**  
**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION**

## **ACTA DE COMPROMISO ESCUELA PARA PADRES**

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del estudiante: \_\_\_\_\_

Del **Área** de: \_\_\_\_\_

de la **Jornada**: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente me comprometo asistir a la **ESCUELA PARA PADRES**, Charla que se llevará a cabo el primer viernes de cada mes, a las ocho de la mañana como parte de mi responsabilidad en la educación de mi hijo e hija.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_

del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO**

**IDENTIDAD No.** \_\_\_\_\_

**No. DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_



## CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA

Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo

### ACTA DE COMPROMISO

Yo, \_\_\_\_\_ Padre, Madre o Encargado del estudiante:

\_\_\_\_\_ Del Área de:

\_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_

Por medio de esta **ACTA DE COMPROMISO**, asumo toda responsabilidad y me comprometo a que mi hijo(a) cumpla con lo establecido.

- Asistir diariamente con su uniforme completo a sus clases, (pantalón jean azul marino, camiseta tipo polo color gris, gabacha, identificado con su monograma, zapatos tipo burro y faja color negro),
  - De no cumplir se le **despachara a su casa**.
- Portar su cabello con corte bajo (utilizar cuchilla 1 y 2).
  - Si el estudiante se corta el cabello y aun así muestra una cola o mechón en la parte de atrás, se le cortara sin previo aviso.
- No porte calzado, vestimenta u objetos de valor en su mochila y nada que no sea de aprovechamiento a su aprendizaje.
- Cumplir con los horarios establecidos de entrada y salida a clases.  
8:00am a 12:00 M. (Jornada matutina).  
1:00 a 5:00 P.M. (Jornada vespertina).
  - Los estudiantes que lleguen después de su hora de entrada se les anotara en un libro de llegadas tardes.
  - Si su hijo tiene tres llegadas tardes se le dará retención, si reinciden después de la retención perderá la primera clase de ese día, si continua así se le **despachara a su casa**.
- Asumir un comportamiento correcto dentro y fuera de la institución (unidad de transporte, en la calle y lugares públicos).
- Estar pendiente del rendimiento y conducta de mi hijo(a) (visitas a la Institución, atender citatorios, asistir a la entrega de notas y a las reuniones de padres de familia).
- Y me comprometo además a velar y hacer cumplir el Reglamento Interno de este Centro de Capacitación Técnica Honduras Corea.

Caso contrario, **ACEPTO** se deduzcan las responsabilidades del caso.

- Suspensión al uso del transporte.
- Decomiso de mochila y su devolución al finalizar el año lectivo.
- Suspensión de clases de 3, 5, y 8 días según el caso.
- En el caso del inciso c, autorizo para que mi hijo(a) realice labores sociales dentro de la Institución (trabajos de limpieza, ornato, repasos de estudio y otros en horario contrario a su jornada).
- Brindar un cambio de ambiente en casos graves.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO**

**IDENTIDAD No.** \_\_\_\_\_

**No. DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo  
**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION**

**ACTA DE COMPROMISO PARA TELEFONOS CELULARES**

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del

Alumno: \_\_\_\_\_

Quedo totalmente informado y Comprometido que mi hijo, mi hija **NO PUEDE PORTAR TELEFONO CELULAR INTELIGENTE. UNICAMENTE SE PERMITE UN TELEFONO SENCILLO;** De lo contrario va ser decomisado y se entregara hasta final de año.

Por lo tanto, exonero a esta Institución de responsabilidad de daño, robo de su teléfono sencillo.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PADRE O ENCARGADO**

**CENTRO MUNICIPAL DE CAPACITACIÓN TÉCNICA HONDURAS-COREA  
MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**

**ADMISIÓN DEL RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD  
EN RELACIÓN CON EL CORONAVIRUS/COVID-19.**

El Coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. El COVID-19 es extremadamente contagioso y se propaga principalmente a través del contacto de persona a persona. La Municipalidad de San Pedro Sula y el Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea han puesto en marcha medidas preventivas para reducir la propagación del COVID-19, sin embargo, el Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea y la Municipalidad de San Pedro Sula no pueden garantizar que usted o su(s) hijo(s) no se infecte(n) con COVID-19. Además, asistir al Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea, podría aumentar su riesgo y el de su(s) hijo(s) de contraer COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa del COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que mi hijo(s) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir al Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea, y que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedad, incapacidad permanente o muerte. Entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 puede ser el resultado de las acciones, omisiones o negligencias de mi parte, de mi(s) hijo(s) y de otros, pero sin estar limitado a empleados del Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea, empleados Municipales, y otros involucrados en el funcionamiento de las actividades del Centro.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos antes mencionados y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión a mi(s) hijo(s) o a mí mismo(a) incluyendo, pero sin estar limitada a, lesiones personales, discapacidad y muerte, enfermedad, daño, pérdida, reclamación, responsabilidad o gastos, de cualquier tipo, que yo o mi(s) hijo(s) podamos experimentar o incurrir en relación con la asistencia de mi(s) hijo(s) al Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea, asimismo me responsabilizo por el transporte y traslado de mi(s) hijo(s) al Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea y cualquier riesgo que este pueda representar para mi salud y la de mi(s) hijo(s).

En mi nombre y en el de mi(s) hijo(s), por la presente libero de toda responsabilidad al Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea y la Municipalidad de San Pedro Sula y me comprometo a eximir de toda responsabilidad a sus empleados, representantes y personal, incluyendo todas las responsabilidades, reclamos, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con ellas. Entiendo y acepto que esta exención incluye cualquier reclamación basada en las acciones, omisiones o negligencia de mi parte, de parte de mi(s) hijo(s), del personal del Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea y empleados Municipales, ya sea que la infección por COVID-19 ocurra antes, durante o después del involucramiento en cualquier actividad del Centro Municipal de Capacitación Técnica Honduras-Corea.

---

**Firma del Padre o Tutor**

---

**Fecha**

---

**Nombre del Padre o Tutor**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**

**Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**

**Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**

**Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

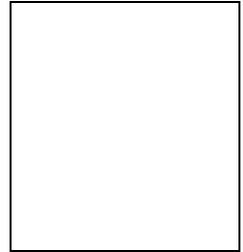
**FIRMA**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**

Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo

**HOJA DE INSCRIPCION**



San Pedro Sula \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES:**

**NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A):**

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>AREA EN QUE SE MATRICULA:</b> | <b>JORNADA:</b> |
|                                  |                 |

| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |     |     | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
|-----------------------------|-----|-----|--------------|-----------|
| DIA                         | MES | AÑO |              |           |
|                             |     |     |              |           |

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

|                            |             |          |             |          |
|----------------------------|-------------|----------|-------------|----------|
| <b>NUMERO DE IDENTIDAD</b> | <b>EDAD</b> | <b>F</b> | <b>SEXO</b> | <b>M</b> |
|                            |             |          |             |          |

**II. DATOS FAMILIARES**

**VIVE CON SUS PADRES:**

|           |           |                     |
|-----------|-----------|---------------------|
| <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>ESPECIFIQUE:</b> |
|           |           |                     |

| <b>NOMBRE DEL PADRE</b>     | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
|                             |                           |                            |
| <b>NOMBRE DE LA MADRE</b>   | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |
| <b>NOMBRE DEL ENCARGADO</b> | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:</b> | <b>TELÉFONO:</b> |
|  |                  |

**III. DATOS ESCOLARES**

**BECAS**

|                 |                          |              |                          |                        |
|-----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|
| <b>COMPLETA</b> | <input type="checkbox"/> | <b>MEDIA</b> | <input type="checkbox"/> | <b>AUTORIZADA POR:</b> |
|                 |                          |              |                          |                        |

**ESTUDIOS REALIZADOS:**

|                  |                |               |                  |
|------------------|----------------|---------------|------------------|
| <b>PRIMARIA:</b> | <b>BÁSICA:</b> | <b>MEDIA:</b> | <b>SUPERIOR:</b> |
|                  |                |               |                  |

**ACTUALMENTE ESTUDIA:**

|           |                          |           |                          |                     |
|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------------|
| <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> | <b>ESPECIFIQUE:</b> |
|           |                          |           |                          |                     |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

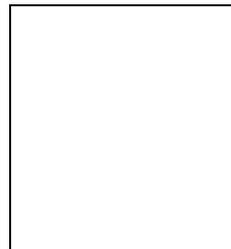
\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE (A)



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA  
HONDURAS COREA**

**Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo**

**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION  
FICHA PSICOPEDAGOGICA**



**DATOS PERSONALES**

Nombre del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Área en que se matricula: \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Encargado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Numero de hermanos(as): \_\_\_\_\_ Padre Y Madre viven juntos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre de personas con quien vive: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia llamar al teléfono \_\_\_\_\_

Con el SR O SRA. \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-ECONOMICOS: Marque con una X.**

Posición Económica: Pobre \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Acomodada \_\_\_\_\_

Vive en casa: Propia \_\_\_\_\_ Alquilada: \_\_\_\_\_

Recibe Ayuda Económica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES:**

Escuela o Institución de donde procede \_\_\_\_\_

Materia que se le dificulta: \_\_\_\_\_ Materia que le gusta: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado algún año de estudio? SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Realizo algún curso de tipo técnico? Menciónelo:

\_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD:**

Padece de alguna Enfermedad: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento Médico Actualmente: \_\_\_\_\_ Porque? \_\_\_\_\_

Tiene alguna discapacidad: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Condición Visual: Excelente \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

Condición Auditiva: Excelente \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

¿Se le ha remitido a algún especialista en particular?

Psicólogo: \_\_\_\_\_ Teletón: \_\_\_\_\_ Oftalmólogo: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS:**

Posee Habilidades Artísticas o Deportivas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especifique el tipo de Habilidad que posee: TEATRO \_\_\_\_\_ BANDA DE GUERRA \_\_\_\_\_

ORATORIA \_\_\_\_\_ POESIA \_\_\_\_\_ BALONCESTO \_\_\_\_\_ FOOTBALL \_\_\_\_\_

PINTURA \_\_\_\_\_ DIBUJO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

¿Qué lo motivo a ingresar al Centro de Capacitación Técnica Honduras Corea?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Alumno(a)



**Municipalidad de San Pedro Sula**  
**Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales**  
**Dirección Municipal de Educación**

**Centro de Capacitación Técnica Sampedrana**

- Ficha de inscripción.
- Ficha entrevista psicológica.
- Ficha psicopedagógica.
- Listado de alumnos atendidos.
- Formato solicitud de práctica profesional.
- Formato historial de disciplina.
- Formato fichas padres de familia.
- Formato de reportes casos atendidos.
- Formato de entrevista educativa.
- Formato de control de disciplina del mes.
- Formato de amonestación escrita.
- Formato de alumnos desertados.
- Formato amonestación verbal.
- Excusa.
- Citación.
- Bitácora psicología.
- Acta de disciplina por falta leves.
- Acta de condicionamiento.
- Acta de compromiso.
- Acta de compromiso teléfono.
- Acta de compromiso práctica profesional productiva.
- Acta de compromiso para padres de familia.
- Acta de compromiso para el estudiante.
- Acta de compromiso para alumnos menores de edad, jornada nocturna.
- Acta de compromiso escuela para padres.



**Gerencia de  
Apoyo a la Prestación  
de Servicios Sociales**

Municipalidad de San Pedro Sula





**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo

## ACTA DE COMPROMISO ESCUELA PARA PADRES

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del estudiante: \_\_\_\_\_

Del **Área** de: \_\_\_\_\_

de la **Jornada**: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente me comprometo asistir de manera presencial o virtual a la **ESCUELA PARA PADRES**, Charla que se llevara a cabo el primer viernes de cada mes, a las ocho de la mañana como parte de mi responsabilidad en la educación de mi hijo e hija.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_

del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO**

**IDENTIDAD No.** \_\_\_\_\_

**No.DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_

# CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO

Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo



## ACTA DE COMPROMISO PARA ALUMNOS MENORES DE EDAD, JORNADA NOCTURNA

Yo: \_\_\_\_\_ Padre, Madre o encargado del  
estudiante: \_\_\_\_\_ del área: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acta asumo toda responsabilidad y exonero a la institución de cualquier accidente con el estudiante, dentro de las instalaciones ya que se le ha otorgado la oportunidad de estudiar en la jornada nocturna siendo menor de edad

Dado en la ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del  
año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o encargado





1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

### ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA

Por medio de la presente, nosotros y actuando en nuestra condición de padre, madre y representante legal de nuestro hijo (a) menor de edad y estudiante del área técnica de \_\_\_\_\_ y matriculado en esta institución en el año escolar \_\_\_\_\_ Conscientes de que la educación de nuestro hijo/a implica la acción conjunta de la familia y de la institución, motivo por el cual ingresa al refuerzo académico y firmamos ésta Carta de Compromiso Educativo, que conlleva los siguientes deberes:

- Velar para que mi hijo/a cumpla con su deber básico de estudio y garantizar la asistencia a los horarios del Refuerzo Académico y/o Programa de Intervención tanto en las jornadas matutina y vespertina de clases, como a las actividades extracurriculares programadas para la nivelación de los conocimientos.
- Ayudar a nuestro hijo/a organizar el tiempo de estudio en casa, proporcionarle las mejores condiciones posibles para que realice las tareas encomendadas por los docentes.
- Entregar documentos necesarios para ayudar en el proceso académico y socio-emocional del alumno(a); como ser la entrega de diagnósticos psicopedagógicos, evaluaciones psicométricas según fecha límite establecida por el Departamento de Orientación y Coordinación Académica.
- Controlar la preparación del material para la actividad escolar para que las realice satisfactoriamente y estar en pleno conocimiento que de no ser así ello impactará en sus notas de evaluación.
- Asistir con regularidad a las reuniones convocadas por Rector/a Director/a Orientador/a así como a las citas programadas por los tutores o profesores de mi hijo/a.
- Justificar las inasistencias de mi hijo(a) a las horas de Refuerzo académico/ Aula Recurso de manera oportuna.
- Inculcar siempre en mi hijo(a) una actitud positiva hacia la realización de las tareas escolares.
- Valorar siempre el esfuerzo y la superación de dificultades y limitaciones en su trabajo.
- Cumplir a tiempo con los costos previamente acordados para el Programa de Intervención y/o Aula Recurso.

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

El centro educativo se compromete a brindar ayuda académica al alumno(a) como parte del proceso de educación integral velando por afianzar los valores morales y cuidando el aspecto socio-emocional del educando, tomando en cuenta los programas y horarios establecidos.

Y así mismo en el área administrativa velar por cumplir con los pagos correspondientes a la matrícula, mensualidades, programas de aula y/o programa de intervención.

Los padres de familia se comprometen a matricular a su hijo \_\_\_\_\_ en el aula recurso en caso de ser académicamente necesario e iniciar proceso de evaluación psicopedagógica.

Se firma la presente, comprometiéndonos a cumplir y hacer cumplir todos los puntos estipulados en éste documento por el tiempo que mi hija(o) permanezca en el proceso del Refuerzo Académico.

San Pedro Sula, Cortés , a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o representante legal

\_\_\_\_\_  
Directora

\_\_\_\_\_  
Firma Departamento Orientación/Consejería

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



## CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO

Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo

### ACTA DE COMPROMISO PRACTICA PROFESIONAL PRODUCTIVA

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del

Alumno: \_\_\_\_\_

Del Área de: \_\_\_\_\_

Me comprometo a GESTIONAR su práctica profesional productiva, cuando el joven tenga aprobado más del 50% de sus clases.

Por lo tanto, exoneró a esta Institución del anterior requisito de graduación, para el año 2022.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

---

PADRE O ENCARGADO



## CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO

Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo

### ACTA DE COMPROMISO PARA TELEFONOS CELULARES

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del

Alumno: \_\_\_\_\_

Quedo totalmente informado y Comprometido que mi hijo(a) **NO PUEDE PORTAR TELEFONO CELULAR INTELIGENTE** dentro de las instalaciones del centro durante sus clases presenciales. **UNICAMENTE TELEFONO SENCILLO**; De lo contrario va ser decomisado y se entregara hasta final de año.

Por lo tanto, exonero a esta Institución de responsabilidad de daño, robo de su teléfono sencillo.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PADRE O ENCARGADO



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo

## **ACTA DE COMPROMISO**

Yo, \_\_\_\_\_ Padre, Madre o Encargado del estudiante:

\_\_\_\_\_ Del **Área** de:

\_\_\_\_\_ **Jornada:** \_\_\_\_\_

Por medio de esta **ACTA DE COMPROMISO**, asumo toda responsabilidad y me comprometo a que mi hijo(a) cumpla con lo establecido.

1. Asistir diariamente con su uniforme completo a sus clases, (pantalón jean azul marino, camiseta tipo polo color gris, gabacha, identificado con su monograma, zapatos tipo burro y faja color negro),
  - De no cumplir se le **despachara a su casa.**
2. Portar su cabello con corte bajo (utilizar cuchilla 1 y 2).
  - Si el estudiante se corta el cabello y aun así muestra una cola o mechón en la parte de atrás, se le cortara sin previo aviso.
3. No porte calzado, vestimenta u objetos de valor en su mochila y nada que no sea de aprovechamiento a su aprendizaje.
4. Cumplir con los horarios establecidos de entrada y salida a clases.  
8:00am a 12:00 M. (Jornada matutina).  
1:00 a 5:00 P.M. (Jornada vespertina).
  - Los estudiantes que lleguen después de su hora de entrada se les anotara en un libro de llegadas tardes.
  - Si su hijo tiene tres llegadas tardes se le dará retención, si reinciden después de la retención perderá la primera clase de ese día, si continua así se le **despachara a su casa.**
5. Asumir un comportamiento correcto dentro y fuera de la institución (unidad de transporte, en la calle y lugares públicos).
6. Estar pendiente del rendimiento y conducta de mi hijo(a) (visitas a la Institución, atender citatorios, asistir a la entrega de notas y a las reuniones de padres de familia).
7. Y me comprometo además a velar y hacer cumplir el Reglamento Interno de este Centro de Capacitación Técnica.

Caso contrario, **ACEPTO** se deduzcan las responsabilidades del caso.

- a) Decomiso de mochila y su devolución al finalizar el año lectivo.

- b) Suspensión de clases de 3, 5, y 8 días según el caso.
- c) En el caso del inciso B, autorizo para que mi hijo(a) realice labores sociales dentro de la Institución (trabajos de limpieza, ornato, repasos de estudio y otros en horario contrario a su jornada).
- d) Brindar un cambio de ambiente en casos graves.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO**  
**IDENTIDAD No.** \_\_\_\_\_  
**No.DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**  
**Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo**

**ACTA DE CONDICIONAMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_

Mayor de edad con No. de identidad \_\_\_\_\_ Padre, Madre

O Encargada del joven \_\_\_\_\_  
matriculado en el Centro de Capacitación Técnico Sampedrano en la carrera de

\_\_\_\_\_. Por este medio me comprometo y me hago responsable del comportamiento de mi hijo y exonero a esta institución de toda responsabilidad, y acepto las disposiciones y el reglamento.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Estudiante



## CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO

### ACTA DE DISCIPLINA POR FALTA LEVES SEGÚN REGLAMENTO ESTUDIANTIL

Reunidos el \_\_\_\_\_ del presente año en el centro de Capacitación Técnica Sampedrano el Orientador Lic. Luis Mauricio Moya Martínez, atendió el caso del joven: \_\_\_\_\_ a quien se le requirió por la falta del artículo 8.4 y 9.19, los cuales refieren a: “no observar las condiciones mínimas de higiene y arreglo personal”; y, “presentarse a clases con el cabello largo, cortes extravagantes”.

El correctivo según sanción se le aplica registrándolo en el expediente, en presencia de la madre del alumno, la señora \_\_\_\_\_ Quien se compromete a hacer el correctivo corte de cabello del alumno en mención, para presentarse a este Centro de formación en las próximas veinte cuatro horas.

Para constancia firman la presente \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2022.

\_\_\_\_\_  
Alumno (a)

\_\_\_\_\_  
Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Instructor  
CCTECS

\_\_\_\_\_  
Orientador  
CCTCS



**AREA DE PSICOLOGIA**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**  
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**  
**BITACORA PSICOLOGICA**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Área Técnica:** \_\_\_\_\_

**Celular:** \_\_\_\_\_

| N. Sesiones | Fecha/Hora | Objetivo | Actividad Realizada | Tarea Asignada | Logro | Observación |
|-------------|------------|----------|---------------------|----------------|-------|-------------|
|             |            |          |                     |                |       |             |
|             |            |          |                     |                |       |             |
|             |            |          |                     |                |       |             |

**GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES**



**SAN PEDRO SULA**  
CIUDAD DE EMPRENEDORES  
ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO

1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Conclusiones**

\_\_\_\_\_  
**Firma Psicólogo**

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

## CITACION

Sr(a): \_\_\_\_\_

Favor presentarse al departamento de orientación de este centro educativo para tratar asuntos relacionados con su hijo (a): \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del presente año a las \_\_\_\_\_

Queda entendido que su hijo (a) no podrá asistir a sus clases normales mientras usted no haga acto de presencia el día y la hora indicada.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Depto. de Orientación/Consejería

\_\_\_\_\_  
Instructor de Área

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)



[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)



[@mmps.hn](https://www.facebook.com/mmps.hn)



[@MuniSPS0501](https://twitter.com/MuniSPS0501)



**EXCUSA**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Área de Estudio: \_\_\_\_\_

Instructor (a): \_\_\_\_\_

El alumno(a):  
 \_\_\_\_\_

No se Presentó a Clases el (los) día (s): \_\_\_\_\_ mes  
 de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Motivo de la Inasistencia:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
 Orientador / consejera

\_\_\_\_\_  
 Firma Del Instructor

**Nota:**

- La excusa debe ser presentada cuando el alumno(a) regrese a clases.
- Si la inasistencia es por salud, debe respaldarla con una nota médica.
- Al ausentarse por un periodo de tres días o más, el padre de familia o encargado deberá presentarse al centro a informar.

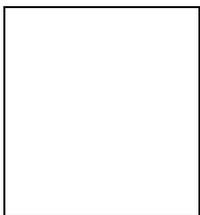
Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Orientador / Depto. de Orientación



San Pedro Sula \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**I. DATOS GENERALES:**

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):</b> |
|                                       |

|                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| <b>AREA EN QUE SE MATRICULA:</b> | <b>JORNADA:</b> |
|                                  |                 |

| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |     |     |              |           |
|-----------------------------|-----|-----|--------------|-----------|
| DIA                         | MES | AÑO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
|                             |     |     |              |           |

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

|                            |             |          |             |          |
|----------------------------|-------------|----------|-------------|----------|
| <b>NUMERO DE IDENTIDAD</b> | <b>EDAD</b> | <b>F</b> | <b>SEXO</b> | <b>M</b> |
|                            |             |          |             |          |

**II. DATOS FAMILIARES**

|   |
|---|
| <b>VIVE CON SUS PADRES:</b>   |
| <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFIQUE:</b> |

|                             |                           |                            |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PADRE</b>     | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |
| <b>NOMBRE DE LA MADRE</b>   | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |
| <b>NOMBRE DEL ENCARGADO</b> | <b>PROFESIÓN U OFICIO</b> | <b>TEL. CASA O TRABAJO</b> |
|                             |                           |                            |

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| <b>CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :</b> | <b>TELÉFONO:</b> |
|                                      |                  |

**III. DATOS ESCOLARES**

|   |
|---|
| <b>BECAS</b>  |
| <b>COMPLETA</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIA</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZADA POR:</b> |

|  |
|--|
| <b>ESTUDIOS REALIZADOS:</b>  |
| <b>PRIMARIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>BÁSICA:</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>SUPERIOR:</b> <input type="checkbox"/> |

|  |
|--|
| <b>ACTUALMENTE ESTUDIA:</b>  |
| <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFIQUE :</b> |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE (A)



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA  
DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION  
CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO  
Área de Psicología**

**FICHA DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

**1. DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Área Técnica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA:**

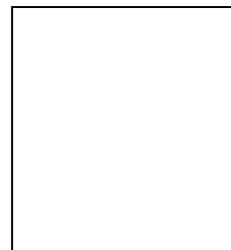
GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO  
SAMPEDRANO**

**Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo**

**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION  
FICHA PSICOPEDAGOGICA**



**DATOS PERSONALES**

Nombre del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Área en que se matricula: \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Encargado: \_\_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Numero de hermanos(as): \_\_\_\_\_ Padre Y Madre viven juntos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre de personas con quien vive: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia llamar al teléfono \_\_\_\_\_

Con el SR O SRA. \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-ECONOMICOS: Marque con una X.**

Posición Económica: Pobre \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Acomodada \_\_\_\_\_

Vive en casa: Propia \_\_\_\_\_ Alquilada. \_\_\_\_\_

Recibe Ayuda Económica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES:**

Escuela o Institución de donde procede \_\_\_\_\_

Materia que se le dificulta: \_\_\_\_\_ Materia que le gusta: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado algún año de estudio? SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Realizo algún curso de tipo técnico? Mencionalo:

\_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD:**

Padece de alguna Enfermedad: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Recibe Tratamiento Médico Actualmente: \_\_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

Tiene alguna discapacidad: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Condición Visual: Excelente \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_ Regular. \_\_\_\_\_ Mala. \_\_\_\_\_

Condición Auditiva: Excelente \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

¿Se le ha remitido a algún especialista en particular?

Psicólogo: \_\_\_\_\_ Teletón: \_\_\_\_\_ Oftalmólogo: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS:**

Posee Habilidades Artísticas o Deportivas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especifique el tipo de Habilidad que posee: TEATRO \_\_\_\_\_ BANDA DE GUERRA \_\_\_\_\_

ORATORIA \_\_\_\_\_ POESIA \_\_\_\_\_ BALONCESTO \_\_\_\_\_ FOOTBALL \_\_\_\_\_

PINTURA \_\_\_\_\_ DIBUJO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

¿Qué lo motivo a ingresar al Centro de Capacitación Técnico Sampedrano?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Alumno(a)



**SAN PEDRO SULA**  
 CIUDAD DE EMPRENDEDORES  
 ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO

1 calle, 4 y 5 avenida  
 Bo. El centro, S.O.  
 Tel: +504 2553 4646

**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**

**AMONESTACION VERBAL**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 INSTRUCTOR

\_\_\_\_\_  
 DEPTO. ORIENTACION

[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)

[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)

@msps.hn

@MuniSPS0501



**SAN PEDRO SULA**  
 CIUDAD DE EMPRENDEDORES  
 ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO

1 calle, 4 y 5 avenida  
 Bo. El centro, S.O.  
 Tel: +504 2553 4646

**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**

**AMONESTACION VERBAL**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 INSTRUCTOR

\_\_\_\_\_  
 DEPTO. ORIENTACION

[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)

[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)

@msps.hn

@MuniSPS0501

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
 DE SERVICIOS SOCIALES

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
 DE SERVICIOS SOCIALES



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**



**REPORTE DE ALUMNOS DESERTADOS AÑO 2022**

| NO | NOMBRE DEL ALUMNO | NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO | AREA | TELEFONO | FECHA DE DESERCIION | MOTIVO DE DESERCIION |
|----|-------------------|------------------------------|------|----------|---------------------|----------------------|
| 1  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 2  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 3  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 4  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 5  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 6  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 7  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 8  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 9  |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 10 |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 11 |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 12 |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 13 |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 14 |                   |                              |      |          |                     |                      |
| 15 |                   |                              |      |          |                     |                      |



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**

**AMONESTACION ESCRITA**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INSTRUCTOR

DEPTO. ORIENTACION

[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)

[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)

@msps.hn

@MuniSPS0501

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**

**AMONESTACION ESCRITA**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FALTA COMETIDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INSTRUCTOR

DEPTO. ORIENTACION

[www.sanpedrosula.hn](http://www.sanpedrosula.hn)

[info@sanpedrosula.hn](mailto:info@sanpedrosula.hn)

@msps.hn

@MuniSPS0501

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES





## ENTREVISTA EDUCATIVA

### Datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Área Técnica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

### Datos Familiares

Con quien vive: \_\_\_\_\_

Cómo es la relación con su padre: \_\_\_\_\_

Cómo es la relación con su madre: \_\_\_\_\_

Tiene hermanos (as): \_\_\_\_\_

A que se dedican sus padres: \_\_\_\_\_

cuáles son las tareas que desempeñas en casa: \_\_\_\_\_

Quién maneja la disciplina en casa: \_\_\_\_\_

Dime como es tu casa: es propia, tiene cuarto propio o lo comparte: \_\_\_\_\_

Que cambiaría de su familia: \_\_\_\_\_

Con quien pasa la mayor parte del día: \_\_\_\_\_



### Datos Escolares

Asignaturas en la que tiene mayores dificultades: \_\_\_\_\_

Asignatura que más le gusta: \_\_\_\_\_

Cómo es su relación con sus compañeros o docentes: \_\_\_\_\_

Cuáles son sus hábitos de estudio actuales: \_\_\_\_\_

Cuáles son sus metas escolares o plan de vida: \_\_\_\_\_

### Datos de Socialización- Social

Pasatiempos favoritos: \_\_\_\_\_

Actividades que realiza por lo regular los fines semana: \_\_\_\_\_

Tienes amigos: \_\_\_\_\_

Que tipo de cosas lo hacen sentir feliz: \_\_\_\_\_

Que tipos de cosas lo hacen sentir triste: \_\_\_\_\_

Que hace cuando esta triste: \_\_\_\_\_

Pertenece alguna Iglesia: \_\_\_\_\_

Que le gusta hacer en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

### Datos de Salud

Toma algún medicamento: \_\_\_\_\_

Padece alguna enfermedad: \_\_\_\_\_

Hábitos de sueño: \_\_\_\_\_

Hábitos alimenticios: \_\_\_\_\_

### Área Laboral

Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_

Actividades que realiza: \_\_\_\_\_





1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**  
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO**  
**Área de Psicología**  
**Reportes de Casos Atendidos**

| NOMBRE DEL ALUMNO(A) | AREA TECNICA | MOTIVO | OBSERVACIÓN |
|----------------------|--------------|--------|-------------|
|                      |              |        |             |
|                      |              |        |             |
|                      |              |        |             |
|                      |              |        |             |

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES



**SAN PEDRO SULA**  
CIUDAD DE EMPRENDEDORES  
ORDEN - DISCIPLINA - RESPETO

1 calle, 4 y 5 avenida  
Bo. El centro, S.O.  
Tel: +504 2553 4646

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



GERENCIA DE APOYO A PRESTACION  
DE SERVICIOS SOCIALES





**CENTRO DE CAPACITACION  
TECNICO SAMPEDRANO**



NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

AREA: \_\_\_\_\_

| HISTORIAL DE DISCIPLINA                                |  | FIRMA |
|--|--|-------|
| LLAMADOS DE ATENCION VERBALES/<br>ACTAS DE COMPROMISOS |  |       |
|  |  |       |
|  |  |       |
| AMONESTACIONES VERBALES                                |  |       |
|  |  |       |
|  |  |       |
| AMONESTACIONES ESCRITAS                                |  |       |
|  |  |       |
|  |  |       |



