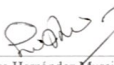




Servicios que Brinda la Dirección de Educación Municipal						
#	Servicios Prestados	Descripción del Servicio	Tasa y Derecho	Procedimiento	Requisito	Formato
1	Guarderías	Se cuenta con 5 Guarderías Municipales; 1.- Guardería el Forjador (Col. Satélite, 1era etapa), 2.- Guardería San Ignacio de Loyola (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. 2. Se revisa la documentación (Requisitos) 3. Se procede a llenar la ficha de inscripción (Anexo) 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; 1- Jardín Altos de Cofradía. 2- Jardín Arturo F. Aguilar. 3- Jardín Lidia de Montoya 4- Jardín Sueco Hondureño 5- Jardín Antonio Coello 6- Jardín Medina Concepción 7- Jardín San Martín de Porres 8- Jardín Guamilito 9- Jardín Héctor Sabillon Cruz 10- Jardín 10 de Septiembre (COFRADÍA) 11- Jardín El Carmen 12- Jardín Héctor Sabillon Cruz (Chamelecón) 13- Jardín Los Laureles 14- Jardín Naco 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 2. Se revisa la documentación (Requisitos) 3. Se procede a llenar la ficha de inscripción (Anexo) 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 1- Biblioteca Lomas del Carmen), N/A diferentes temas (bulling, acoso sexual. 2- Biblioteca Suyapa (sector Chamelecón), 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"> 1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al joven. 2. Se revisa la documentación (Requisitos) 3. Se procede a llenar la ficha de inscripción (Anexo) 4. Se procede a entrevista psico pedagógica con el joven. 5. Los padres llenan las actas de compromiso. 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Partida de nacimiento (Original y Copia). 2- Certificado de estudio (9no grado) 3- Constancia de conducta 4- Tarjeta de salud 5- Tipo de Sangre 6- Carnet de vacunación COVID-19 7- Tres fotos tamaño carnet 8- Copia de cedula del padre o encargado. 9- Do fotos tamaño carnet del padre o encargado 10- Acompañarse del padre o encargado 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. 	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

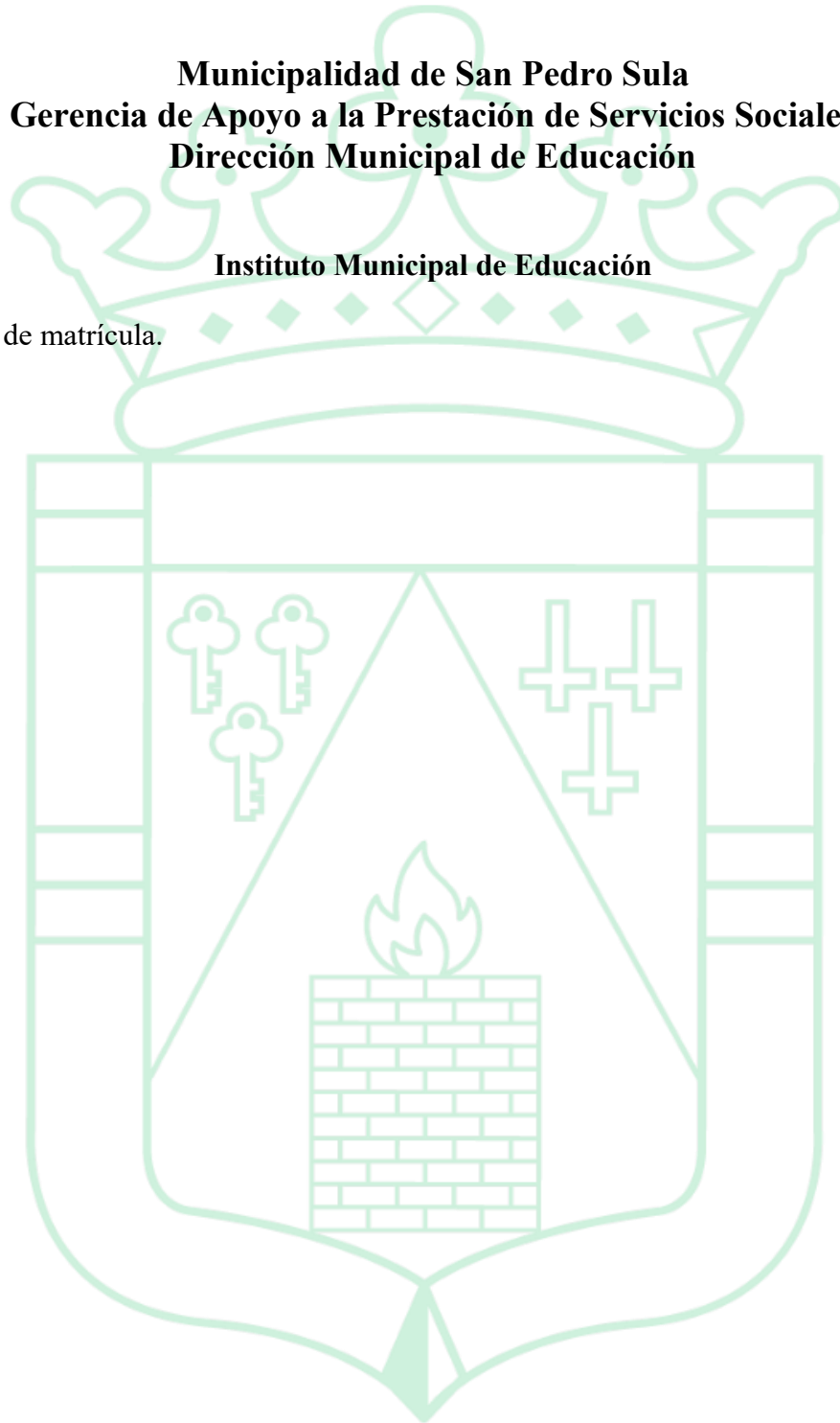




Municipalidad de San Pedro Sula
Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales
Dirección Municipal de Educación

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 mejoramos 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:

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
DIA	MES	AÑO		

DOMICILIO: _____

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

II. DATOS FAMILIARES

VIVE CON SUS PADRES:	ESPECIFIQUE:
SI NO	

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :	TELÉFONO:

III. DATOS ESCOLARES

ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS:
GRADO: _____ ESCUELA: _____

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



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



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



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



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



info@sanpedrosula.hn



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



[@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





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

Conclusiones

 Firma Psicólogo

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION
 DE SERVICIOS SOCIALES



www.sanpedrosula.hn



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

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



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: _____

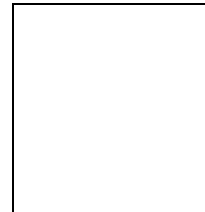
Fecha _____

Orientador / Depto. de Orientación



HOJA DE INSCRIPCION

San Pedro Sula _____ / _____ / _____



I. DATOS GENERALES:

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):

AREA EN QUE SE MATRICULA:	JORNADA:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
DIA	MES	AÑO		

DOMICILIO: _____

NUMERO DE IDENTIDAD	EDAD	F	SEXO	M

II. DATOS FAMILIARES

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

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

CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :	TELÉFONO:

III. DATOS ESCOLARES

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

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

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

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



info@sanpedrosula.hn



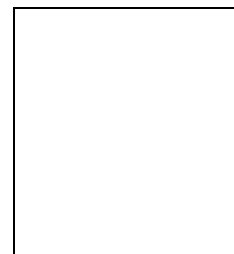
[@msps.hn](https://www.facebook.com/msps.hn)



[@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



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



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



CENTRO DE CAPACITACION TECNICO CHAMELECON

AMONESTACION ESCRITA

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

AREA: _____ JORNADA: _____

FECHA: _____ HORA: _____

FALTA COMETIDA: _____

INSTRUCTOR

DEPTO. ORIENTACION

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



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

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

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: _____



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



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

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION
DE SERVICIOS SOCIALES



www.sanpedrosula.hn



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 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



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

Área de Psicología
Registro de Padres de Familia

Fecha	Nombre familia	Padres de	Nombre Alumnos	Observaciones

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

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

AREA: _____

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



www.sanpedrosula.hn



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



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
Registro Alumnos Atendidos

Mes:

Año:

Nombre	Área Técnica	Fecha

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.

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 Honduras Corea.

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

- a) Suspensión al uso del transporte.
- b) Decomiso de mochila y su devolución al finalizar el año lectivo.
- c) Suspensión de clases de 3, 5, y 8 días según el caso.
- d) 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).
- e) 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: _____

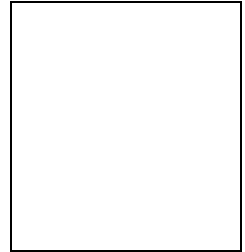
FIRMA



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):

--

AREA EN QUE SE MATRICULA:	JORNADA:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
DIA	MES	AÑO		

DOMICILIO: _____

NUMERO DE IDENTIDAD	EDAD	F	SEXO	M

II. DATOS FAMILIARES

VIVE CON SUS PADRES:

SI	NO	ESPECIFIQUE:

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	TELÉFONO:

III. DATOS ESCOLARES

BECAS

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

ESTUDIOS REALIZADOS:

PRIMARIA:	BÁSICA:	MEDIA:	SUPERIOR:

ACTUALMENTE ESTUDIA:

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

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? Mencionalo:

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

GERENCIA DE APOYO A PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES

ACTA DE COMPROMISO PARA EL ESTUDIANTE

Ante el comité de disciplina del centro de capacitación técnico sampedrano, 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



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



www.sanpedrosula.hn



info@sanpedrosula.hn



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



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



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



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



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.

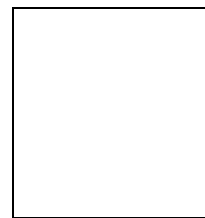
Recibido por: _____

Fecha _____

Orientador / Depto. de Orientación



San Pedro Sula _____ / _____ / _____



I. DATOS GENERALES:

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):

AREA EN QUE SE MATRICULA:

JORNADA:

--	--

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO

DOMICILIO: _____

NUMERO DE IDENTIDAD	EDAD	F	SEXO	M

II. DATOS FAMILIARES

VIVE CON SUS PADRES:

SI	NO	ESPECIFIQUE:
-----------	-----------	---------------------

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

CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :

TELÉFONO:

--	--

III. DATOS ESCOLARES

BECAS

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

ESTUDIOS REALIZADOS:

PRIMARIA:	BÁSICA:	MEDIA:	SUPERIOR:
------------------	----------------	---------------	------------------

ACTUALMENTE ESTUDIA:

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

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: _____

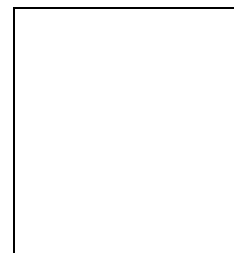
MOTIVO DE CONSULTA:



**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? 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 SAMPEDRANO

AMONESTACION VERBAL

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

AREA: _____ JORNADA: _____

FECHA: _____ HORA: _____

FALTA COMETIDA: _____

 INSTRUCTOR

 DEPTO. ORIENTACION



www.sanpedrosula.hn



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 SAMPEDRANO

AMONESTACION VERBAL

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

AREA: _____ JORNADA: _____

FECHA: _____ HORA: _____

FALTA COMETIDA: _____

 INSTRUCTOR

 DEPTO. ORIENTACION



www.sanpedrosula.hn



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



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

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

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: _____





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
			



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/ ACTAS DE COMPROMISOS		
AMONESTACIONES VERBALES		
AMONESTACIONES ESCRITAS		

