



Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales

Información Portal de Transparencia

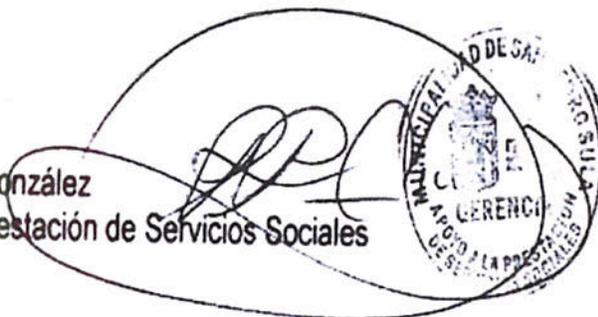
Nombre de la Oficina		Servicios que Presta
1	Gerencia	Atención y apoyo a las personas mas vulnerables de esta ciudad de San Pedro Sula, por medio de las siguientes direcciones: Dirección de Educación, Dirección de Mujer Niñez Familia y Dirección de Salud.
2	Dirección de Educación	Servicios administrativos que garanticen la calidad de educación y eficiencia de los departamentos adscritos a esta Dirección: Centros Técnicos Municipales, Instituto Municipal de Educación Especial, Jardines/Guarderías y Bibliotecas.
3	Centros Técnicos Municipales:	Educación no formal.
	Centro Técnico Chamelecón	1 Belleza
		2 Ciclo Común (Programa Educa a Todos)
		3 Corte y Confección
		4 Ebanistería
		5 Electricidad
		6 Mantenimiento de maquinas (maquilas)
		7 Mecánica Industrial
		8 Refrigeración
		9 Soldadura
	Centro Técnico Honduras Corea	1 Belleza
		2 Diseño Grafico
		3 Electricidad Industrial
		4 Electrónica
		5 Estructuras Metálicas
		6 Mecánica Automotriz
		7 Mecánica de Maquinas de Coser Industrial
		8 Refrigeración industrial
		9 Reparación y Mantenimiento de computadoras

4	Centro Técnico Sampedrano	1	Belleza
		2	Corte y Confección
		3	Ebanistería
		4	Electricidad
		5	Electrónica
		6	Estructuras Metálicas
		7	Mantenimiento y reparación de computadoras
		8	Mantenimiento y reparación de maquinas industriales (maquinas de coser)
		9	Refrigeración
	Instituto Municipal de Educación Especial (IMDEE)	1	Atención de primeros auxilios (enfermería)
		2	Atención psicológica
		3	Atención psicoterapia
		4	Clases de arte y música
		5	Conocimientos básicos sobre huertos escolares
		6	Educación directa de acuerdo a su capacidad
		7	Evaluación pedagógica
		8	Merienda escolar
9		Talleres pre-vocacionales de manualidades serigrafía y panadería con orientación a la formación de micro-empresas con autogestión de empleo.	
5	Bibliotecas Municipales:	1	Consultas de bibliografías de cultura general
	El Paraíso	2	Fortalecimiento de conocimientos impartidos en la escuela.
	San Juan Satélite Suyapa	3	Charlas educativas de acuerdo al calendario cívico escolar.
6	Jardines Municipales: 10 de Septiembre Altos de Cofradía Antonio José Coello Arturo F. Aguilar El Carmen Hector Sabillon Cruz Lidia de Montoya Los Laureles Naco San Martin de Porres Santa Ana Sueco Hondureño	1	Kínder y Preparatoria
	Guardería y Jardín: Guamilito	1	Sala cuna
	Medina Concepción	2	Kínder
		3	Preparatoria
	Guardería: El Forjador San Ignacion de Loyola	1	Atención de sala cuna

7	Dirección de Salud	Servicios administrativos que garanticen la calidad de salud y atención en las diferentes Clínicas Municipales a adultos, tercera edad, niños y niñas de esta ciudad de San Pedro Sula.
8	Clínicas Municipales: 15 de Septiembre 6 de Mayo Chotepe Clínica Municipal Ebenezer Gran Familia Lomas del Carmen Ocotillo Padre Claret Rio Blanco Sabillon Cruz Sandoval Sorto Vida Nueva Zapotol	1 Consulta medica general a adultos, niños y niñas.
		2 Consulta especialidad de pediatría (niños y niñas) servicio disponible únicamente en la Clínica Municipal.
		3 Servicios de farmacia.
		4 Curaciones.
		5 Nebulizaciones
		6 Consulta especialista y odontológica
9	Macro Distrito	Pendiente de su apertura, para definir procedimientos.
10	Dirección Mujer Niñez y Familia	Servicios administrativos que garanticen, la calidad de atención a la mujer niñez y familia, personas de la tercera edad y con discapacidad de esta ciudad de San Pedro Sula, por medio de los diferentes departamentos adscritos a esta Dirección: Mujer Niñez y Familia, Integración Familiar, Asilo de Ancianos, Defensoría de la Niñez, Oficina de la Mujer, Centro de Capacitación y Casa Refugio.
11	Defensoría de la Niñez	1 Alimentos 2 Arreglos extrajudiciales 3 Asesorías legales 4 Capacitaciones sobre derechos de la niñez, derecho de familia y otros 5 Demandas de divorcio 6 Grada y custodia de los hijos 7 Pérdida y suspensión de patria potestad 8 Tramites de inscripción y rectificación de nacimientos en el Registro Nacional de las Personas
12	Oficina de la Mujer	1 Capacitaciones sobre derechos de la mujer, violencia contra la mujer, autoestima, derechos humanos, etc.
		2 Casa refugio para víctimas de violencia doméstica/intrafamiliar
		3 Consejería y orientación: Terapia individual, familiar, grupal y de pareja.
		4 Formación de redes de mujeres con liderazgo comunitario.
		5 Incidencia institucional en beneficio de las mujeres
		6 Servicios legales. Asesoría y orientación legal.

13	Centro de Capacitación	1	Cartonaje (bolsas y cajas para empaque)
		2	Cursos de panificación en coordinación con empresas privada
		3	Decoración de tejas
		4	Decoración de velas
		5	Decoraciones para: hogar, baños, cocina etc. (material foamy thermoformado)
		6	Elaboración de alimentos: mermeladas, jaleas, encurtidos
		7	Elaboración de cuadros en repujado
		8	Elaboración de piñatas
		9	Elaboración de postres fríos
		10	Elaboración de salsas: ketchup, inglesa, barbacoa y tostito
		11	Elaboración de trabajos en crochet y telar
		12	Elaboración en tarjetería modelos: filigrana, española y bordada
		13	Elaboración fofuchas (muñecas hechas en material foamy)
		14	Elaboración muñecas de trapo
		15	Pintura en vitral
		16	Se imparten clases de pintura
		17	Se imparten cursos de belleza a adolescentes y mujeres mayores de edad
		18	Talleres de boquitas
		19	Talleres navideños: comidas y bebidas navideñas
14	Inserción Laboral	1	Apoyo y coordinación con diferentes asociaciones de personas con discapacidad
		2	Asesoría empresarial
		3	Fomento de educación técnica y profesional
		4	Intermediación laboral, a fin de facilitar un puesto de trabajo a una persona en una empresa
		5	Promover la creación de microempresas
		6	Redes de contacto
15	Asilo de Ancianos	Se brinda albergue a personas adultas mayores abandonadas, se les proporciona techo, alimentación, atención médica, vestuario, actividades recreativas, etc.	

Lic. Rosario Castillo de González
Gerente de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales



HOJA DE INSCRIPCION

Señor Padre de Familia o Encargado: Para esta Institución es de suma importancia la información que usted nos aporte de su hijo(a) la cual será de uso confidencial.

Recibo Matrícula No. _____ **Fecha:** _____

I. DATOS GENERALES **REGISTRO No.** _____

Nombre del Alumno (a): _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

No. De Identidad: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M F

Dirección Residencia: _____

Lugar de Referencia: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Caso de Emergencia _____

Tel. de Referencia: _____ Tel. de Referencia Familiar: _____

Estado Civil: Soltero: Casado: Unión Libre: Otro:

Área de Estudio: _____ Jornada: _____

Beca Completa **Media Beca:** **Autorizada por:** _____

Vive con sus padres: Si: No: **Especifique:** _____

II. DATOS FAMILIARES:

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Profesión y Ocupación de los Padres:

Padre: _____ **E-mail:** _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Madre: _____ **E-mail:** _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

III. ASPECTOS DE SALUD:

¿Enfermedades que ha padecido?: _____

¿Es alérgico a algún tipo de medicamento? _____

SI NO Que medicamento? _____

¿Tiene algún tipo de discapacidad? _____

IV. DATOS ESCOLARES:

Estudios Realizados: Primaria: Secundaria: Básico: Superior:

¿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:

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

Firma del Padre o Encargado

Firma del Alumno(a)

Nombre y Firma de la Persona que Recibe

Vo.Bo.Depto de Orientación

Documentos Entregados:

Partida de Nacimiento:	<input type="checkbox"/>
Constancia de Estudios:	<input type="checkbox"/>
Constancia de Conducta:	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de Salud:	<input type="checkbox"/>
Tres Fotografías:	<input type="checkbox"/>



Municipalidad de San Pedro Sula
Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales
Dirección Municipal de Educación
Centro de Educación Pre-Básica El Carmen



Foto del niño

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: _____ # de Identidad: _____

Profesión u Oficio: _____ Trabaja actualmente: Si _____ No _____

Lugar de trabajo: _____ Nº de Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ #de Identidad: _____

Profesión u Oficio: _____ Trabaja actualmente: Si _____ No _____

Lugar de trabajo: _____ Nº de Teléfono: _____

Domicilio: _____

En caso de emergencia comunicarse con: _____ Móvil: _____

Teléfono casa: _____ Oficina: _____

El niño vive con:

- a) Ambos padres
- b) Solo con el padre
- c) Solo con la madre
- d) Con otros parientes
- e) Especifique con quien vive el niño o niña: _____

DATOS MÉDICOS

Marque con una X o pleca las vacunas recibidas por el niño presentar tarjeta de vacunas

- a) Contra polio _____ b) contra la viruela _____ c) Varicela: _____ d)Tétano _____

e) Contra sarampión _____ f) contra tos ferina _____ g) Rubeola _____

Enfermedades que padece: _____

Reacción a la vacuna: _____

Peso _____ Talla _____ Temperatura _____ Tipo de sangre _____

¿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 del 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 pleca 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 específica 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



Centro de Educación Pre-Básica El Carmen

ACTA DE COMPROMISO

Yo, _____ con Número de Cedula: _____

me comprometo a responsabilizarme en todas las obligaciones presentes en el reglamento interno de esta Institución, cumplir con todas las disposiciones que emanen de la sociedad de Padres de Familia y de la Dirección Municipal de Educación.

Firma del Padre, madre o encargado

Fecha: _____