

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

f) Vinculación interinstitucional

Señale la cantidad de convenios y/o acuerdos de colaboración establecidos durante este trimestre, así como el número total de alumnos beneficiados (diferenciado por género). De igual forma, escriba los nombres de las instituciones.

● **Alumnado con aptitudes sobresalientes y/o talentos específicos**

Número de convenios establecidos en este trimestre	Número de alumnas/os beneficiadas/os	
	Mujeres	Hombres
0	0	0

Nombre de las instituciones con las que se estableció vinculación durante este trimestre (que continúa o inició en este trimestre) y periodo de duración:

Nombre de la institución	Periodo del convenio (mes y año)	
	Inicio	Término
CLINICA METROPOLITANA DE SALUD INTEGRAL	2018	2021

● **Alumnado con discapacidad**

Número de convenios establecidos en este trimestre	Número de alumnas/os beneficiadas/os	
	Mujeres	Hombres
0	0	0

Nombre de las instituciones con las que se estableció vinculación durante este trimestre y periodo de duración:

Nombre de la institución	Periodo del convenio (mes y año)	
	Inicio	Término
CLINICA METROPOLITANA DE SALUD INTEGRAL	2018	2021

g) Redes de familias

¿Se encuentra conformada la red estatal de familias de alumnas/os con aptitudes sobresalientes?

Si

No

¿Se encuentra conformada la red estatal de familias de **alumnas/os con aptitudes sobresalientes**?

Si

No

Número de integrantes que conforman la Red	Número de nuevos integrantes	Total
100	0	100

<p>Escriba una breve explicación del por qué no se encuentra conformada la Red</p>

¿Se encuentra conformada la red estatal de familias de **alumnos con discapacidad**?

Si

No

Número de integrantes que conforman la Red	Número de nuevos integrantes	Total
100	0	100

<p>Escriba una breve explicación del por qué no se encuentra conformada la Red</p>

Indique con una "X" los criterios generales de gasto que consideró durante este trimestre para cada uno de los siguientes servicios. En aquellos que no haya considerado, favor de colocar "N/A" (no aplica).

Criterios generales de gasto	CAPEP	CRIE	UOP
	o servicio equivalente que atienda en educación preescolar	o servicio equivalente que brinde recursos e información	o servicio equivalente de orientación
Actividades académicas	N/A	N/A	N/A
Material educativo de apoyo	N/A	N/A	N/A
Equipamiento específico	N/A	N/A	N/A
Fortalecimiento académico	N/A	N/A	N/A

4. Igualdad de género

¿Alguna de las actividades o acciones implementadas en los servicios de educación especial en su entidad o subsistema está dirigida de manera específica, ya sea a las niñas y las jóvenes con discapacidad o bien, a las niñas y las jóvenes con aptitudes sobresalientes? En caso afirmativo, describa la actividad o acción y el número de beneficiarias.

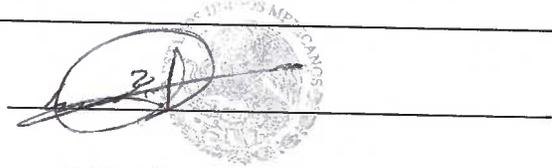
NO HAY ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LAS NIÑAS Y LAS JOVENES.

NOTA. LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA SE ESTARÁN DESARROLLANDO EN EL CUARTO TRIMESTRE

AUTORIZACIÓN**

Nombre: LIC. ENRRIQUE PAUL FLORES
Cargo: COORDINADOR DE PROGRAMA PIEE
Teléfono de contacto: 46 2 36 00 EXT 1101
Correo electrónico: epaul35@hotmail.com

Firma y sello:



The signature is a cursive scribble over a circular official stamp. The stamp contains the text 'UNIDAD DE SERVICIOS EDUCATIVOS' and 'DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN'.

Nota:

- La elaboración del informe técnico-pedagógico deberá de realizarse en conjunto con el área de Educación Especial de la entidad.
- El presente informe requisitado, deberá ser autorizado y firmado por el Coordinador del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa (PIEE).