

Nombre Apellidos

karla Paola Rodriguez González

Escolaridad

Licenciatura

**¿Te interesa el
diplomado con
Opción a
Titulación?**

No.

**Correo
electrónico**

karla.rodriguezg@nube.sep.gob.mx

**¿Qué licenciatura
cursaste?**

N/A (para quienes cursan como Actualización).

Diplomados

**Cursos y talleres
autogestivos**

_Elija una actividad...

Diplomados

_Elija un diplomado...

Otras actividades

_Elija una conferencia o actividad...

Datos que va enviar

Revise que los datos que envía sea correctos, de no ser así, corrija la información y seleccione "*enviar solicitud de informes*".

Score was 0.9

Fecha del envío
2025-09-22 14:14:27

**Dirección IP del
solicitante**
201.98.18.134

**Nombre de usuario
del solicitante**

**ID del usuario
solicitante**
0

Idioma
es-ES

ID
27488
