

**DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

Fecha de Impresión: **05-06-2026**

CLAVE: **05DML0010H** Turno: **100 MATUTINO**

Ciclo Escolar: **2025-2026**

**CENTRO DE ATENCION MULTIPLE NUM. 17**

Nombre: **PRIMERO DE MAYO SN** **INDEPENDENCIA** **26830**  
 Domicilio: **PRIMERO DE MAYO SN** **INDEPENDENCIA** **26830**  
 Colonia: **INDEPENDENCIA** **INDEPENDENCIA** **26830**  
 C. P.: **26830**  
**CARBONIFERA** **CARBONIFERA - NUEVA ROSITA** **000 8616140069**  
 Región: **CARBONIFERA** **CARBONIFERA - NUEVA ROSITA** **000 8616140069**  
 Subregión: **CARBONIFERA - NUEVA ROSITA** **000 8616140069**  
 Teléfono: **000 8616140069**  
**SAN JUAN DE SABINAS** **NUEVA ROSITA** **05DML0010H@SEDUCOAHUILA.GOB.MX**  
 Municipio: **SAN JUAN DE SABINAS** **NUEVA ROSITA** **05DML0010H@SEDUCOAHUILA.GOB.MX**  
 Localidad: **NUEVA ROSITA** **05DML0010H@SEDUCOAHUILA.GOB.MX**  
 Correo Electrónico: **05DML0010H@SEDUCOAHUILA.GOB.MX**

Clave de Inmueble: **05INM07B6F**

Ámbito: **URBANO**

Estatus: **ALTA**

Fecha Estatus: **1989-10-26**

Fecha actualización: **2016-09-15**

**DATOS DEL DIRECTOR**

**ARELY GONZALEZ CAVAZOS**

Nombre del Director

**arely.gonzalez@docentecoahuila.gob.mx**

Correo Electrónico

**SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**

**3 0 1 05FSE0026R SUPERVISION DE EDUCACION ESPECIAL NUM. 301**

Zona Escolar

**PRIMERO DE MAYO SN** **8616140688**

Domicilio: **PRIMERO DE MAYO SN** **8616140688**  
 Teléfono: **8616140688**

**05FSE0026R@SEDUCOAHUILA.GOB.MX**

Correo Electrónico

**DORA OLIVIA VEGA RODRIGUEZ**

Nombre del Supervisor

-- -- -- --

Jefatura de Sector

-- -- --

Domicilio

-- -- --

Correo Electrónico

-- -- --

Nombre del Jefe de Sector

**1 ORGANISMO RESPONSABLE DE LA EDUCACION EN EL ESTADO**

Dependencia Administrativa

**9 6 INTERVENCION TEMPRANA, PREESCOLAR, PRIMARIA, SECUNDARIA**

Servicio

**NE SECRETARIA DE EDUCACION DEL GOBIERNO DEL ESTADO**

Dependencia Normativa

**2 4 FEDERAL TRANSFERIDO**

Sostenimiento

**TIPO DE EDUCACIÓN**

Tipo de Educación: **ESPECIAL**

Nivel Educativo: **CAM**

Subnivel Educativo: **CAM**

**SERVICIO ADMINISTRATIVO Y TIPO DE BIBLIOTECA**

Servicio Administrativo: **SERVICIO EDUCATIVO**

Tipo de Biblioteca: **NO APLICA**

**INFRAESTRUCTURA**

**USAER**

Aulas: --

Laboratorios: --

Talleres: --

**PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA**

Nombre: **SAENZ RAMIREZ BRENDA GUADALUPE**

**PRESIDENTE DEL CONSEJO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Nombre: **MARIA DEL ROSARIO CASTRO ESPINOZA**

**PROGRAMAS**

NO APLICA

**ALMACEN DE LIBROS**

Clave de Almacen de Libros: **05FAM0003Q**

Domicilio: **AVENIDA ACAPULCO Y DOCTOR COSS S/N**

Nombre del Responsable: **EDUARDO OCHOA ZAMORA**

**QR**



