

CBT NO. 5 MARÍA AMPARO VIDERIQUE DE SHEIN, CHALCO SOLICITUD - REGISTRO/AUTORIZACIÓN

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 4 DE JULIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0216H-24-50-N-NC 3.- Nombre: CAMACHO RIVERA CRISTOPHER YAEL

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

12.- Nombre de la Institución Educativa CBT NÚM. 5 MARÍA AMPARO VIDERIQUE DE SHEIN, CHALCO 13.- Subsistema: BT: [X] CONALEP [ ] CECYTEM [ ] INCORPORADAS [ ] BELLAS ARTES [ ]

III. DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR

20.- Nombre del Organismo Receptor KINGU SUSHI Ambito de Gobierno: [X] Federal [ ] Estatal [ ] Municipal [ ] Organismo No Gubernamental [ ] Iniciativa Privada [X] Institución Educativa [ ]

21.- Unidad Administrativa Responsable: COCINA, PISO 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: BLVD. SAN BUENAVENTURA MZ.2 LT.39A, COL.LA VENTA, 56530 23.- Municipio: IXTAPALUCA 24.- Teléfono: 55 2612 6667

27.- Programa en el que participará el prestador: Salud [ ] Educación, arte, cultura y deporte [ ] Alimentación y Nutrición [X] Vivienda [ ] Empleo y capacitación para el trabajo [ ] Apoyo a proyectos productivos [ ] Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad [ ] Gobierno, justicia y seguridad pública [ ]

28.- Actividades que desarrollará el prestador: PREPARACION DE BEBIDAS, PREPARACION DE SUSHI

En que horario: [X] Lunes a Viernes [ ] Sábado, Domingo, Días Festivos [X] de 12:00 a 22:00

29.- Período de Prestación: del 09 JULIO 2024 al 13 ENERO 2025

30.- Horas de duración del programa o proyecto: [X] 480 horas: [ ] Otras [ ]

31.- Servicio Social con beca o sin beca: [X] Sin beca: [ ] Con beca: [ ] Monto: \$ [ ]

C. Guillermo Hernandez Castillo Por el Organismo Receptor

Cristopher Yael Camacho Rivera Nombre y firma del Prestador

[X] Profra. María Magdalena Rojas Galicia Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo