

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

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 02 DE JULIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0216H-24-18-N-NC 3.- Nombre: FLORES FRAGA ANGEL VALENTIN

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 COMUNICACIONES EN CONTACTO CULTURA Y BIENESTAR A.C.

Ámbito de Gobierno:

[X] Federal [ ] Estatal [ ] Municipal [ ] Organismo No Gubernamental [X] [ ] Iniciativa Privada [ ] Institución Educativa [ ]

21.- Unidad Administrativa Responsable: CABINA DE LOCUCION 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CALLE RIVAPALACIO #9 TERCER PISO,COL,CENTRO

27.- Programa en el que participará el prestador: Salud [ ] Educación, arte, cultura y deporte [X] Alimentación y Nutrición [ ] Vivienda [ ] Empleo y capacitación para el trabajo [ ] Apoyo a proyectos productivos [ ]

28.- Actividades que desarrollará el prestador: TRABAJO DE EDICION Y OPERACION, TRABAJO DE LOCUCION

En que horario: Lunes a Viernes [X] Sábado, Domingo, Días Festivos [ ] de 9:00 a 13:00 de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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

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

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

Tec. Luis Fernando Martínez Aguilar Por el Organismo Receptor

Flores Fraga Ángel Valentín Nombre y firma del Prestador

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