

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

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 03 DE JULIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0216H-24-23-N-NC 3.- Nombre: GONZALEZ LOPEZ URIEL JESUS

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: TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CHALCO Ambito de Gobierno: [X] Federal [] Estatal [] Municipal [] Organismo No Gubernamental [] Iniciativa Privada [] Institución Educativa [X]

21.- Unidad Administrativa Responsable: DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y RESIDENCIAS PROFESIONALES 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CARRETERA FEDERAL MEXICO-CUAUTLA S/N, COLONIA LA CANDELARIA TLAPALA, 56641

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 [] Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad [] Gobierno, justicia y seguridad pública []

28.- Actividades que desarrollará el prestador: PASAR INFORMACION A UNA BASE DE DATOS En que horario: [X] Lunes a Viernes de 8:00 a 12:00 [] Sábado, Domingo, Días Festivos []

29.- Período de Prestación: del 09 JULIO 2024 al 10 ENERO 2025 Día Mes Año Día Mes Año

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: \$ []

Lic. Karina Omelas Pérez Por el Organismo Receptor

Uriel Jesús González López Nombre y firma del Prestador

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