

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: 15ECT0185E-24-17-N-NC 3.- Nombre: GUTIERREZ RAMOS DARLEN YADIRA

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 ATENCION PEDAGOGICA PARA LA NIÑEZ A.C FRIDA KAHLO C.2 Ambito de Gobierno: Federal [X] Estatal [] Municipal [] Organismo No Gubernamental [] Iniciativa Privada [] Institución Educativa []

21.- Unidad Administrativa Responsable: DIRECCION 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CERRO EL COLETO MZ 49, LT 59, C 1, LOS HEROES CHALCO, 56644 23.- Municipio: CHALCO 24.- Teléfono: 5535952272

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: CLASES DE DIBUJO A LOS ALUMNOS DEL PLANTEL, FOTOGRAFIAS Y VIDEOS PROMOCIONALES

En que horario: Lunes a Viernes [X] Sábado, Domingo, Días Festivos [] de 14:00 a 18:00 de _____ a _____

29.- Período de Prestación: del 08 JULIO 2024 al 10 ENERO 2025 Día Mes Año Día Mes Año

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: \$ _____

Lic. Elizabeth Angulo Bautista Por el Organismo Receptor

Darlen Yadira Gutiérrez Ramos Nombre y firma del Prestador

Profra. María Magdalena Rojas Galicia

Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo