

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

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 03 DE JULIO DEL 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0185E-24-25-N-NC 3.- Nombre: MARTINEZ MARTINEZ AMERICA CITLALI

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 STUDIO FOTOGRAFICO ESPINOZA Ambito de Gobierno: [X] Federal [ ] Estatal [ ] Municipal [ ] Organismo No Gubernamental [ ] Iniciativa Privada [X] Institución Educativa [ ]

21.- Unidad Administrativa Responsable: EDICION 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CALZADA CHALCO,37,SAN GREGORIO CAUTZINGO 56640 23.- Municipio: CHALCO 24.- Teléfono: 5634655313

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: EDICION DE FOTOGRAFIA, EDICION DE VIDEOS, TOMAS DE FOTOGRAFÍAS

En que horario: [X] Lunes a Viernes de 15:00 a 19:00 [ ] Sábado, Domingo, Días Festivos

29.- Período de Prestación: del 08 JULIO 2024 al 10 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.Beatriz Adriana Lozano Fuentes Por el Organismo Receptor

America Citlali Martinez Martínez Nombre y firma del Prestador

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