

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

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 17 DE JUNIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0185E-24-81-N-NC
3.- Nombre: NIEVES GARCIA MARIO ANGELO
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
4.- Correo Electrónico: NIEVESGARCIAMARIOANGELO@GMAIL.COM 5.- Edad: 17 6.- Género: MASCULINO
7.- Carrera: TECNICO EN INFORMATICA
8.- Semestre: 4° 9.- Estado Civil: SOLTERO
10.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: 50% 11.- Promedio : 76

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 []
14.- Domicilio: RIO LA COMPAÑIA MZ. 79, LT. 1, SECCION VI, 56644 15.-Municipio: CHALCO
16.- Clave de Centro de Trabajo: 15ECT0185E 17.- Correo Electrónico: 15ECT0185E.CBT@EDUGEM.GOB.MX 18.- Teléfono: 5551240355
19.- Funcionario responsable del servicio social y cargo: LIC. ALBA RIVERA CASTRO, PEDAGOGO A

III. DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR

20.- Nombre del Organismo Receptor CLINICA OM CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
Ambito de Gobierno:
Federal [X] Estatal [] Municipal [] Organismo No Gubernamental [] Iniciativa Privada [X] Institución Educativa []
21.- Unidad Administrativa Responsable: AREA DE GERENCIA
22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CALLE CERRO PEDREGAL DE LA TEJA MZ.21 LOS HEROES CHALCO, 56640
23.- Municipio: CHALCO 24.- Teléfono: 55 8173-3461
25.- Correo electrónico: CLINICAMAXILOFACIALOM@GMAIL.COM
26.- Responsable del programa y cargo: DRA.JANETH LOPEZ CORONADO, GERENTE GENERAL
27.- Programa en el que participará el prestador: Salud [] Educación, arte, cultura y deporte [] 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 []
Pueblos indígenas [] Derechos humanos [] Política y planeación económica y social []
Infraestructura hidráulica y de saneamiento [] Comercio, abasto y almacenamiento de productos básicos []
Asistencia y seguridad social [] Medio ambiente [] Desarrollo urbano [] Desarrollo Tecnológico [X]
28.- Actividades que desarrollará el prestador: DESARROLLO DE APLICACIONES WEB, DISEÑO Y ADMINISTRACION DE BASES DE DATOS AVANZADAS, GESTION DE REDES SOCIALES
En que horario: Lunes a Viernes [X] Sábado, Domingo, Días Festivos []
de 14:00 a 18:00 HRS de a
29.- Período de Prestación: del 24 JUNIO 2024 al 20 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: \$

Dra.Janeth Lopez Coronado
Por el Organismo Receptor

Nieves Garcia Mario Angelo
Nombre y firma del Prestador

Profra. María Magdalena Rojas Galicia

Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo