

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

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 19 DE JUNIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0185E-24-84-N-NC 3.- Nombre: RAMIREZ MEDRANO JOSELINE Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) 4.- Correo Electrónico: JOSELINERAMIREZMEDRANO@GMAIL.COM 5.- Edad: 17 6.- Género: FEMENINO 7.- Carrera: TECNICO EN INFORMATICA 8.- Semestre: 4º 9.- Estado Civil: SOLTERO 10.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: 50% 11.- Promedio: 95

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 ESCUELA PRIMARIA JOSE MA. MORELOS Y PAVON Ambito de Gobierno: [X] Federal [] Estatal [] Municipal [] Organismo No Gubernamental [] Iniciativa Privada [] Institución Educativa [X] 21.- Unidad Administrativa Responsable: DIRECCION 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: AVENIDA NACIONAL NUM 2, COL. SAN MARTIN CUAUTLALPAN, C.P.56644 23.- Municipio: CHALCO 24.- Teléfono: 5572760703 25.- Correo electrónico: DPR2235Z@DEF.EDU.MX 26.- Responsable del programa y cargo: MTRO. ALFREDO MENDEZ BENAVIDES, DIRECTOR 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 [] 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: TRABAJOS ADMINISTRATIVOS, REVISION DE DATOS, REVISION DE FORMULARIOS En que horario: [X] Lunes a Viernes [] Sábado, Domingo, Días Festivos de 14:00 a 18:00 HRS de a 29.- Período de Prestación: del 26 JUNIO 2024 al 08 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: \$

Mtro. Alfredo Méndez Benavides Por el Organismo Receptor

Joseline Ramirez Medrano Nombre y firma del Prestador

Profra. María Magdalena Rojas Galicia

Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo