

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

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 1 DE JULIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0216H-24-40-N-NC 3.- Nombre: RUIZ GARRIDO EDWIN MISAEAL

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 AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CHALCO

Ámbito de Gobierno:

Federal [ ] Estatal [ ] Municipal [X] Organismo No Gubernamental [ ] Iniciativa Privada [ ] Institución Educativa [ ]

21.- Unidad Administrativa Responsable: DIRECCIÓN DE EDUCACION/ DIRRECCION DE DESARROLLO URBANO

22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CALLE CERRO EL COLETO MZ 79 LT 1 ZONA VI CONJUNTO URBANO LOS HEROES CHALCO 56644

23.- Municipio: CHALCO 24.- Teléfono: 5559755780

25.- Correo electrónico: GCG.EDUCACION@MUNICIPIODECHALCO.GOB.MX

26.- Responsable del programa y cargo: MTRO.JESUS H.SALGADO ROSAS, DIRECTOR DE EDUCACION

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 [X] 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 [ ]

28.- Actividades que desarrollará el prestador: CAPTURA DE INFORMACION Y ARCHIVO

En que horario: Lunes a Viernes [X] Sábado, Domingo, Días Festivos [ ] de 09:00 a 13:00 HRS de a

29.- Período de Prestación: del 04 JULIO 2024 al 31 ENERO 2025

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: \$

Mtro.Jesus H. Salgado Rosas Por el Organismo Receptor

Edwin Misael Ruiz Garrido Nombre y firma del Prestador

Profra. María Magdalena Rojas Galicia

Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo